Rocznik X Marzec-Kwiecień 1932 Nr. 2

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIW. JANA KAZIMIERZA, POLIKLINIKI STOMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU POZNAŃSKIECO, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ, POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.), SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.) ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMALOGICZNYCH.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:
Naczelny redaktor: Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS.
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5 a, Nr. telefonu 11-75.

TREŚĆ: Str.

SOMMAIRE: p.

WYDAWCA: Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.

Cena niniejszego zeszytu 5 zł.

Prenumerata:
Rocznie (6 numerów) . . . . . . 30 zł.
Półrocznie (3 numery) . . . . . 15 zł.
Administracja zastrzega sobie możliwość dopłaty w razie powiększenia kosztów produkcji
Konto PKO „POLSKA STOMATOLOGJA" 151.717.

Ceny dawniejszych roczników:
1923, 1924 wyczerpane
1925—1927 à . . . . 24 zł.
1928—1930 à . . . . 30 zł.
1931 . . . . 40 zł.
Księga pamiątkowa z r. 1923, z r. 1928 à 16 zł.
„ „ z r. 1931 . 30 zł.

DODATEK: TREŚĆ „POLSKIEJ STOMATOLOGJI" ZA R. 1931



V. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY WE LWOWIE — 1931.

Uroczyste otwarcie Zjazdu w Auli Uniwersytetu Jana Kazimierza w dn. 28. VI. 1931.

SPRAWOZDANIE Z V. ZJAZDU STOMATOLOGICZNEGO WE LWOWIE OD DNIA 28 CZERWCA DO 1 LIPCA 1931. (Dokończenie).

Compte rendu du V. Congrès Stomatologique Polonais à Lwów 28. juin - 1. juillet 1931. — Fin.

Bericht über die V. polnische Stomatologentagung in Lwów 28 VI.—1. VII. 1931. (Schluss).

Doc. pol. 9,4 (Lwów). Doc. int. 696.314.063 — Polonais — Lwów.

Po południu przemawiał zast. prof. dr. Cybulski (Warszawa): **„O dostawkach podpartych"**. Referent przechodzi pokrótce genezę dostawki podpartej, oraz klasyfikację dostawek według ich oparcia o zęby, lub o błonę śluzową i dochodzi do wniosku, że nazwa półfizjologiczna jest niewłaściwa, gdyż nic nie mówi, natomiast najodpowiedniejszą jest nazwa „dostawka podparta", do których autor zalicza jedynie te dostawki, które opierają się swą częścią ruchomą o śluzówkę i równocześnie o zęby i ich ozębną swem rusztowaniem stałem.

Dr. Hauptmeyer (Essen): **O niepowodzeniach z płytkowemi dostawkami metalowemi ze szczególnem uwzględnieniem nierdzewiejącej stali chromowej Kruppa.** Przy pomocy wielkiej ilości przeźroczy i pokazów omówił referent bardzo dokładnie przygotowanie i wykonanie stalowych płytek, jakoteż wady i środki zaradcze przeciwko nim. Wipla jest skrótem: „wie Platin", zawiera: żelazo, węgiel, 20% chromu, 8 — 9% niklu. Ciężar gatunkowy 7,85 (złota 19.3). Wytrzymałość wynosi 80 kg/qmm. podczas gdy platyny 60, złota 48, mosiądzu 40, kauczuku 5.2. Z powodu większej wytrzymałości i mniejszego ciężaru gatunkowego jest płytka, sporządzona z metalu Wipla, znacznie lżejsza, aniżeli taka sama ze złota. Stopień topienia 1400 — 1450° C. Z powodu właściwej sobie konstrukcji nie wolno wystawiać stali tej działaniu otwartego płomienia, lecz musi się ją żarzyć w kąpieli solnej lub w vacuum. Wipla musi się nagrzewać do 1180° a następnie szybko oziębić, ażeby otrzymać chemicznie największą wytrzymałość i jej dobre właściwości. Hartowanie następuje tylko przez uderzenie młotem na zimno, albo przez prasowanie. Sztancowanie płyt wymaga ucisku prasy hydraulicznej na 50.000 kg, a łączenie pojedynczych części następuje przez elektryczne spajanie. Po długotrwałych próbach udało się referentowi lanie metalu Wipla. Także łączenie metalu Wipla ze złotem jest możliwe. Około 300.000 protez jest w użyciu. Przy sporządzaniu protezy najuierw zrobić plan działania, wyrównać wystające brzegi kostne, wszystkie powierzchnie muszą stać w pewnej harmonji do siebie, a odlew należy wylać w twardym gipsie. Ponieważ referent jest sam wynalazcą metalu Wipla i jest kierownikiem wielkiego oddziału dentystyki chirurgicznej i protetycznej w fabryce Kruppa, przeto miał możność wypróbowania i ulepszenia tego materjału. Ref. demonstrował ubytki szczękowe pooperacyjne zastąpione tym metalem, jakoteż sposoby regulacji zgryzu aparatami z nierdzewiejącej stali. Ref. rozdzielił na końcu drukowane ulotki w języku niemieckim „Stalowe reguły i wskazówki dla sporządzania protez stalowych". Referat był długi, przeto wygłoszony w dwóch dniach. Tłómaczył z jęz. niem. zast. prof. dr. Zeńczak.

4*

Prof. Dr. C a v i n a (Bolonja) mówił: **„O leczeniu ropowic szczękowych“** po niemiecku; a tłumaczył prof. Dr. Cieszyński.

Referent dochodzi w swoim dłuższym referacie do następujących wniosków: usunięcie zęba jest zawsze wskazane, jeżeli tenże nie da się utrzymać, a w szczególności ząb trzonowy, który powoduje najcięższe komplikacje. Nacięcie ropnia jest konieczne, jeżeli mimo usunięcia zęba nie wyszła ropa z zębodołu. Nacięcie ropnia i setonowanie bez usunięcia zęba jest wskazane przy zębach przednich, gdy chcemy zaraz po zabiegu, lub później, wykonać odcięcie wierzchołka korzenia i to tylko w wypadkach niezbyt rozległego i ciężkiego przebiegu zapalenia i gdzie resekcja korzenia jest często stosowanym zabiegiem.

Wszystkie ropne stany zapalne pochodzenia zębowego biorą swój początek w ostrem, podostrem lub w nawrotowo - przewlekłem zapaleniu: paradentitis apicalis. Każde zapalenie tkanek następowo się tworzące pochodzi od ropnia kostnego; nigdy ropień nie jest pochodzenia lymfatycznego. Przy leczeniu przyczynowem jest najracjonalniej natychmiast usunąć ząb, gdyż prócz usunięcia przyczyny stanu chorobowego następuje także drenaż ogniska zapalnego, a w wypadku grożącego przebicia należy ponadto naciąć ropień. Ropienia pochodzenia zębowego należą do najpoważniejszych problemów w praktyce dentystycznej i zdarza się nietylko bardzo często, lecz można powiedzieć, że każdy ludzki organizm prędzej lub później musi takie zapalenie przeżyć, i że lekarz w codziennej praktyce musi być doskonale obeznany z przebiegiem tejże choroby. Celowe zapobieganie i leczenie jest zasadniczą rzeczą; lekarz orjentujący się i posiadający chirurgiczne doświadczenie będzie w możności ciężkie sprawy skierować na dobre tory.

Prof. dr. K o s t e č k a (Praga) mówił w języku czeskim bez tłumaczenia: **„Plastyczna chirurgja w zębolecznictwie ze szczególnem uwzględnieniem nieprawidłowości zgryzowych“.**

W stomatologji powstał w ostatniem dziesięcioleciu nowy dział t. zw. s t o m a t o c h i r u r g j a. Cały szereg zabiegów chirurgicznych, który należał przedtem do ogólnej chirurgji, stał się prawie wyłączną domeną stomatochirurgji. Pomijając drobne zabiegi chirurgiczne, jak odcięcie szczytu korzenia, operację torbieli i paradentozy, które się stały powszechnym zabiegiem każdego stomatologa, jest jeszcze cały szereg większych zabiegów, jak operacyjne leczenie ropowic szczękowych, zapalenia ropnego jamy szczękowej, zapalenia szpiku kostnego, złamań szczękowych, następnie operacje dobrotliwych i złośliwych nowotworów — gdzie stomatochirurgja wykazuje wyniki naprawdę uwagi godne.

Co się tyczy plastycznej chirurgji jamy ustnej, szczęk i okolic sąsiednich, mieliśmy najlepszą sposobność przekonać się w czasie wojny jak ciężkie zadanie spełniła plastyczna chirurgja przy rozległych zranieniach kostnych i ubytkach twarzy, a to dzięki ścisłej współpracy ze stomatologją.

Jakie jest zadanie plastycznej chirurgji w chwili obecnej?

Przedewszystkiem leczenie rozszczepu wargi, podniebienia i różnych innych ubytków podniebiennych, plastyka stawów szczękowych, plastyka części miękkich i szczęk po różnych zranieniach, sprawy ropne, stany po operacjach nowotworów i różne drobne zabiegi przy przygotowaniu jamy ustnej pod dostawki. ,

Jednem z najwdzięczniejszych zadań, które przypadło w udziale plastycznej chirurgji jest chirurgiczne leczenie nieprawidłowości zgryzowych. Referent zajmuje się tem leczeniem już od dziesięciu lat i opublikował swoje metody i wyniki pracy w zawodowych czasopismach czeskich, angielskich i niemieckich. Rozległe nieprawidłowości zgryzu usuwa chirurgicznie nietylko celem osiągnięcia prawidłowej funkcji uzębienia i mowy, lecz także ze względów humanitarnych. Osoby bowiem dotknięte większą nieprawidłowością czują się niemniej nieszczęśliwemi od osób z inną wadą cielesną n. p. ze skrzywieniem nóg, kręgosłupa i t. p. i pragną pozbyć się swej ułomności za każdą cenę. Większość nieprawidłowości zgryzu można wprawdzie usunąć ortodontycznie we wieku dziecięcym lub nawet u osób dorosłych, ale bardzo często nie dzieje się to głównie z powodu niedostatecznej troski o zdrowie lub z powodu braku pieniędzy.

Przy usuwaniu nieprawidłowości zgryzowej musimy starać się, ażeby zabieg chirurgiczny nie był połączony z niebezpieczeństwem dla chorego i o osiągnięcie jak najlepszych wyników. Stomatolog musi być wyszkolony w ortodoncji i znać dobrze wszystkie możliwe wskazania, a dopiero wtedy może sięgnąć do leczenia chirurgicznego, gdy zabieg ortodontyczny jest z jakichkolwiekbądź powodów niemożliwy.

Leczenie przodozgryzu (progenji) zostało w praskiej klinice stomatologicznej opracowane aż do najdrobniejszych szczegółów. Wykonuje się je w ten sposób, że pałąkowato wygiętą igłą wprowadza się piłkę Gigli'ego do przestrzeni między otwór żuchwowy a wcięcie żuchwy, przecina się poziomo po obu stronach gałąź żuchwy, następnie przesuwa żuchwę ku tyłowi aż do prawidłowego zgryzu. Metoda ta nie pozostawia żadnych śladów cięć na skórze, nie uszkadza nerwu żuchwowego dolnego, ani też tętnicy. Po dokonanej osteotomji unieruchamia się obie szczęki na przeciąg 4 tygodni, do czasu aż nastąpi zrośnięcie. — Przy leczeniu jednostronnego przodozgryzu stosuje się tą metodę tylko po jednej stronie.

Przy zgryzie otwartym, jeżeli przyczyna leży w zgryzie, postępuje referent w ten sposób, że odcina skośną oestotomją część gałęzi żuchwy z wyrostka stawowego od szczęki dolnej po obu stronach, następnie ściąga całą żuchwę ku dołowi i zasuwa do normalnego zgryzu. Metodą tą udało się referentowi usunąć w 4 przypadkach wybitny zgryz otwarty.

Na koniec przedstawia referent djapozytywy 20 przypadków przodozgryzu i otwartego zgryzu przez siebie operowanych z wynikiem kosmetycznie bardzo dobrym, które wzbudziły podziw i wielkie zainteresowanie całego zjazdu.

Wieczorem tegoż dnia był **pokaz filmu prof. Cieszyńskiego: „Technika injekcyjna do pni nerwu trójdzielnego i zwoju Gassera u podstawy czaszki"** i drugiego filmu **dr. Hauptmeyera: „Wyroby z metalu Wipla"**.

We wtorek 30 czerwca między godz. 8. a 10-tą były pokazy w klinice dentystycznej, w ambulatorjum Kasy chorych i na zwłokach w Instytucie Anatomji patologicznej.

O godz. 10.30 wygłosił dr. Szafran (Lwów): referat: **„Lecznictwo dentystyczne w Kasach Chorych w dobie obecnej i projekty organizacji"** który podajemy jako autoreferat.

Problem dentystyki społecznej, a szczególnie dentystyki w Kasach Chorych, jest dzisiaj jeszcze zagadnieniem otwartem, interesującem ogół lekarzy-dentystów. Sfery decydujące w Kasie, w zrozumieniu niezadowolenia ze świadczeń w zakresie dentystyki w Kasach, zaprosiły w czerwcu u. r. delegatów poszszególnych Kas i przedstawicieli kaetdr uniwersyteckich, na Zjazd do Ogólnopaństwowego Związku Kas w Warszawie, celem zastanowienia się nad obecnem kasowem lecznictwem dentystycznem. Na Zjeździe tym, wybrano komisję mającą wypracować referaty w sprawie dentystyki w Kasach, jak również projekty reorganizacji lecznictwa dentystycznego. Konferencja grudniowa tej komisji, po obszernem i szczegółowem omówieniu problemu dentystyki kasowej, wybrała podkomisję wniosków, pracującą pod przewodnictwem Prof. Dr. A. Cieszyńskiego i ta wypracowała wnioski, które plenum przyjęło jednogłośnie. Komisja doszła do przekonania, że obecnie istniejący w Kasach większych system ambulatoryjny, wzorowany na systemaoch istniejących klinik uniwersyteckich, nie zdał, w zastosowaniu do odmiennych warunków pracy kasowej, egzaminu życia, kiedy sfery decydujące w Kasach widziały się zniewolone do rewizji tegoż. Również szeroki ogół społeczeństwa, nie tai swego wielkiego niezadowolenia z tych świadczeń. Całe warstwy społeczeństwa, szczególnie opłacające najwyższe stawki składek, nie korzystają dotychczas ze świadczeń w zakresie dentystyki kasowej. Trzecim stanem, który jest niezadowolony z istniejącego porządku rzeczy, jest ogół lekarzy-dentystów.

System ambulatoryjny w Kasach bronią z całą energją Zarządy Kas, jako system w ich pojęciu najtańszy. Powodem tego jest gwałtowne sprzeciwianie się wszelkim planom i dążeniom do reformy systemu lecznictwa, nie dającego nikomu zadowolenia ze świadczeń Kasy, a uwzględnieniem zaufania do lekarza, lekarzom-dentystom zaś możności wykonywania naprawdę wolnego zawodu.

Winę tych skarg i niezadowolenia ponosi także zakres dzisiejszych świadczeń, udzielanych w zakresie dentystyki kasowej, który przechodzi daleko poza postanowienia ustawowe. Art. 23. Ustawy z dnia 19. maja 1920 r. postanawia wyraźnie, że Kasy udzielają bezpłatnej pomocy lekarskiej, mającej za cel przywrócenie zdolności zarobkowania, zaś Rozp. M. P. i O. S. z dnia 23. XI. 1923 r. wyjaśnia, że pomoc lekarska nie podlega żadnym ograniczeniom i wszystkie zabiegi z zakresu leczenia i plombowania zębów należą się ubezpieczonym, jednak w granicach rzeczywistej potrzeby, z wyłączeniem względów kosmetycznych i droższych materjałów jak złoto i porcelana. Wstawianie zaś brakujących zębów może być zaliczone do pomocy tylko w przypadku, gdy brak ich wpływa na ogólny stan zdrowia i udzielane mogą być na wyraźne stwierdzenie lekarza.

Te postanowienia Ustawy, w porównaniu z postanowieniami Ustaw w innych państwach, o wiele bogatszych od Polski, a nawet z niemieckimi „Richtlinien für die Zahnbehandlung von Socialversicherten“ i z Cz. IV. pruskich „Gebührenordnung“, dotyczących leczenia dentystycznego wykazują, że postanowienia Polski są bardziej ogólnikowe. Świadczenia zaś z zakresu dentystyki, udzielane na podstawie tych postanowień w Kasach wprowadzają, wbrew treści postanowień Ustawy i Rozp., bardzo szeroko dział profilaktyki dentystycznej, kiedy tymczasem profilaktyka kasowa ograniczoną jest do pewnych konkretnych pozycyj budżetowych.

Obciążenie Kas nadmierną profilaktyką powoduje, że w niektórych Kasach, gdzie jest większe zapotrzebowanie pracy lekarzy-dentystów, na otrzymanie plomby z leczeniem pacjent czeka 3—5 tygodni, co jest z punktu widzenia lekarskiego niedopuszczalne. To masowe wykonywanie profilaktyki odbija się także bezwzględnie na ubezpieczonych, potrzebujących pomocy — z ich szkodą. Nie mogą oni korzystać z oddziału dentystyki zachowawczej, bo nie mogą docisnąć się do otrzymania pełnej pomocy lekarskiej. Tu jest też znaczne źródło niezadowolenia u członków Kas i ich rodzin.

Stroną ujemną w leczeniu dentystycznem w Kasie, jest także brak osobistego zainteresowania lekarza-dentysty w rozszerzeniu kręgu swoich zwolenników w pacjentach. Spełnienie obowiązku, wykonanie pewnej ilości robót i zabiegów ze względu na statystykę pracy, musi wyrobić z czasem pewien urzędowy stosunek lekarza do pacjenta, co powoduje brak zaufania chorego do pracy lekarskiej i zniechęcenie do sposobu leczenia.

Lecznictwo dentystyczne w Kasach, nie opłaca się również i Kasie samej, t. j. wysiłek finansowy Kasy, nie stoi w pewnej korelacji do ilości udzielonych pozytywnych świadczeń. Z doświadczenia dotychczasowego, kilkuletniej pracy w Kasach, przeprowadzonych lustracjach w szeregu Kas i badaniach, opartych na pozytywnych podstawach t. j. wyniku pozytywnym pracy i kosztach Kasy, wynika, że szczególnie dentystyka zachowawcza jest zupełnie nie opłacalną, w obecnym systemie świadczeń kasowych. Cyfry jakie w niektórych Kasach osiągnąłem, muszą zupełnie poważnie nasuwać refleksje nad celowością wysiłków Kasy.

Tymczasem na t. zw. rynku pracy lekarzy-dentystów stoimy przed coraz większem kurczeniem się pracy i płacy, spadkiem ilości pieniędzy i ogólnego dobrobytu społecznego. Warsztaty pracy stoją w większości pustką. Społeczeństwo, stanowiące szczupłą garstkę osób leczących się u wolno praktykujących, topnieje coraz bardziej i ogranicza do ostatnich granic swe potrzeby.

Równocześnie nie ustaje produkcja państwowych uczelni, a zatem wzrasta coraz większe zapotrzebowanie pracy w naszym zawodzie. Wychodzący w życie nowi specjaliści, u progu swej pracy zawodowej, nie mają na najbardziej konieczne potrzeby życiowe. Wielu z nich cierpi niedostatek i walczy z trudnościami w zdobyciu najkardynalniejszych podstaw życia. Zastęp ten rośnie powoli, ale stale, powodując spadek etyki zawodowej, spadek wymagań życiowych, staczanie się zawodu po równi pochyłej, co jako objaw niezdrowy, prowadzić musi do ruiny nasz stan i jego pauperyzację.

Zestawiając powyżej poruszone momenty, — lecznictwa kasowego i stosunków ogólnych stanu lekarsko-dentystycznego, obowiązkiem naszym jest poważne zastanowienie się i zdecydowanie, w jaki sposób możemy pieniądze bezproduktywne instytucyj społecznych zużytkować korzystnie, zadawalając wszystkie interesowane czynniki.

To zaadnie było motywem wniosków na komisji w Ogólno-państwowym Związku Kas w Warszawie. Objawem dla mnie bardzo miłem był fakt, że Prof. Cieszyński, który niezależnie odemnie badał problem lecznictwa dentystycznego w Kasach, doszedł do tej samej zasadniczej tezy. Wnioski te pokrywały się także zupełnie z wnioskami przedstawicieli dentystyki z Warszawy, jak również kolegów zgrupowanych w Związku Lekarzy-dentystów Ziem Zachodnich Rzposp.

Przyjęte przez komisję wnioski ustalają wyraźnie stanowisko komisji do:

1) interpretacji obowiązujących Ustaw art. 23 i 24.,

2) świadczeń Kasy, dzieląc je na świadczenia, do których Kasy są obowiązane, których wykonywać nie powinne, a nadto przyjmują pod pewnemi warunkami t. zw. maximum świadczeń, określając je na podstawie budżetu,

3) profilaktyki dentystycznej i zakresu protetyki kasowej,

4) w stosunku do mającego zaistnieć systemu lecznictwa dentystycznego w Kasach,

5) osobnych inspektoratów dentystycznych w Kasach Chorych,

6) kwalifikacyj stomatologów i lekarzy-dentystów i stosunku do nich Kas Chorych,

7) pracy techników-dentystycznych wszelkiego rodzaju w Kasach Ch..

W ten sposób, w dotychczasowym chaosie świadczeń z zakresu dentystyki kasowej, komisja starała się wprowadzić pewne konkretne normy — te same dla wszystkich.

Kasy prowadziłyby we własnym zarządzie dział pomocy doraźnej (ambulatorja) i chirurgji stomatologicznej, — przyczem dla chirurgji stomatologicznej powinne być stworzone oddziały kliniczne z łóżkami.

Dział dentystyki zachowawczej proponowała komisja oddać do powszechnego, wolnego wyboru lekarza, z pomiędzy praktykujących w danej miejscowości. Równocześnie w zakresie świadczeń w tym dziale wchodziłaby tylko dentystyka zachowawcza, ściśle według postanowień Ustawy i Rozp. M. P. i O. S., t. zw. profilaktyka zaś byłaby ograniczoną odpowiednim procentowym udziałem w budżecie, przeznaczonym dla profilaktyki kasowej wogóle.

W dziale protetycznym, wykluczyła komisja bezwzględnie całą protetykę wykonaną w złocie z obowiązków Kasy, przyjmując w Kasach tylko protetykę kauczukową, przyczem położyła nacisk na jakość materjału.

Wnioski komisji spotkały się z silnym atakiem, w pierwszym rzędzie wielu osób zainteresowanych bezpośrednio. Jako główny wnioskodawca atakowany byłem na wszystkich dostępnych polach Związkowych i organizacyjnych, a także w czasopismach.

Drugim czynnikiem, który z całą energją zaoponował przeciw proponowanemu sposobowi leczenia w dentystyce kasowej, była konferencja komisarzy i kierowników Kas, odbyta w styczniu b. r. Sprzeciwy te jednak nie wytrzymują rzeczowej krytyki i polegają na grubej pomyłce i nieporozumieniu. Konstrukcja planu reorganizacyjnego powinna zadowolić wszystkich interesowanych, dozwalając zarazem wydatek finansowy Kas spożytkować bardziej produktywnie i z większą korzyścią dla ubezpieczonych.

Stanowisko komisji zyskało także zrozumienie u miarodajnych czynników kasowych w Warszawie, biorących żywy udział w konferencji komisji. Najlepszym tego dowodem, jak również odpowiedzią na czynione zarzuty ze wszystkich stron, jest fakt, że mimo sprzeciwów i kampanji przeciw uchwałom komisji, Ogólno-państwowy Związek Kas w uznaniu słuszności dowodzenia, wydał okólnik Nr. 29/31 do L. Dz. 5365/31/LeK./K. z dnia 24. kwietnia 1931 r. Okólnik ten przyjmuje wszystkie tezy komisji, za wyjątkiem zasady powszechnego, wolnego wyboru lekarza w dentystyce zachowawczej, zatrzymując na razie system ambulatoryjny. Jest to winą

tych, którzy starali się osłabić znaczenie wniosków, przedstawiając niesłusznie nadmierne trudności we wprowadzeniu ich w życie i wyolbrzymiając koszty finansowe z tego dla Kas wynikające.

Przedstawiłem prace komisji reorganizacyjnej lecznictwo dentystyczne w Kasach, a koledzy uchwalonemi wnioskami, albo uznają moje zamierzenia, a temsamem poprą mnie w dalszej pracy, albo potępią, jeżeli uważają, że źle wywiązałem się ze swych obowiązków kolegi-lekarza i obywatela Państwa.

Szczegółową treść okólnika Ogólno-państwowego Związku Kas Chorych w Polsce znajdą koledzy w Przeglądzie Dentystycznym Nr. 3. z 1931 r. Str. 81 i nast. Okólnik ten obowiązuje we wszystkich Kasach P. Polskiego.

Dyskusja: Essigman (Warszawa) oświadcza w imieniu Rady Centralnej Zrzeszeń stomatologicznych i lekarzy-dentystów, że na konferencji Og. Państw. Związku Lekarzy Kas Chorych — o której wspominał referent — nie było wcale reprezentantów pracowników stanu lekarsko-dentystycznego. Postawił odpowiedni wniosek, zapobiegający w przyszłości omawianie tak ważnych spraw bez oficjalnych przedstawicieli, zatrudnionych w Kasie Chorych pracowników. W sprawie wolnego wyboru lekarza powiada, że wolny wybór lekarzy-dent. w Kasie Chorych może być wtedy zaprowadzony, jeżeli będą ustalone takie ceny, które się nie przyczynią do pauperyzacji stanu.

Dr. Atlas (Lwów): Nie mamy dotychczas w zębolecznictwie kasowem idealnego systemu, któryby zadowolił bez reszty ubezpieczonych i zarządy kas. Każdy z istniejących systemów, t. j. system ambulatoryjny i wolnego wyboru mają swoje zalety i swoje wady. Od sprawności organizacji i środków finansowych danej kasy zależy możliwość wyeliminowania braków i niedomagań. Referenta dra Szafrana nie zadowala żaden z istniejących systemów, natomiast obiecuje sobie remedurę stosunków z kombinacji obu systemów. Zachodzi tu pewna niekonsekwencja. Merytoryczna dyskusja z referentem jest niemożliwą, ponieważ sam projektodawca nie posiada żadnego doświadczenia jak tego rodzaju system, który nie przeszedł dotychczas próby życiowej w rzeczywistości się przedstawia. Czy przy stosowaniu tego systemu kombinowanego nie dojdzie do kumulacji ujemnych stron obu systemów? Mówca przestrzega przed wprowadzeniem w życie projektu referenta jako czysto teoretycznego, nie mogącego stanowić rzeczowej podstawy do reorganizacji zębolecznictwa kasowego, zwłaszcza, że projektowany system z natury rzeczy zmusza do częściowej likwidacji dotychczasowych inwestycyj. Wprowadzenie proponowanego systemu, w dzisiejszych czasach kompresji budżetowej i nader ciężkiej sytuacji finansowej kas, uważa mówca za conajmniej lekkomyślny eksperyment, który nie może być przed dokładnem i wszechstronnem zbadaniem zaakceptowany przez miarodajne czynniki. Odnośnie do stanowiska grupy stomatologów lwowskich oświadcza mówca, że na terenie Kasy Chorych m. Lwowa, po przeprowadzonej reorganizacji, która znalazła pełne zrozumienie i poparcie ze strony komisarza Kasy — przedstawia się stan zębolecznictwa zupełnie zadowalająco. Koledzy lwowscy są zwolennikami systemu ambulatoryjnego jako tańszego, nie zwalczają jednak wolnego wyboru, o ile tylko stawki odpowiadać będą przyjętym normom Izby Lekarskiej i nie zaistnieje tendencja obniżania wartości pracy lekarzy-dentystów.

Lek. dent. Mesz (Warszawa) powiada, że nie będzie omawiał wyniku konferencji Og. Państw. Związku Lek. Kas Chorych, stwierdza tylko, że nie zaproszono na nią pracowników, pracujących w Kasie Chorych od czasu jej powstania. Co się zaś tyczy wolnego wyboru lekarza, to jest on korzystny dla starszych kolegów z wyrobioną praktyką, bo do nich ubezpieczeni będą chodzili. Należałoby usłyszeć także zdanie samych ubezpieczonych w tej sprawie. Ze swojej 9-letniej obserwacji wnioskuje, że ubezpieczeni nie wybierają lekarza. Popiera wniosek kol. Essigmanna, przyjęty już na Radzie Centralnej, ażeby na konferencje, na których będzie omawiane zębolecznictwo byli obecni także lekarze-dentyści.

Lek. dent. Orłowska (Sosnowiec) uważa, że z punktu widzenia społecznego jest ambulatoryjne leczenie w kasach tańsze, że w Kasie dysponuje lekarz wszelkiemi urządzeniami nowoczesnemi, których prywatnie nie każdy może sobie sprawić. Nie wolno niszczyć tego, co już jest zbudowane, bo to są pieniądze społeczne. Lekarze-dentyści muszą żądać dobrych warunków pracy.

Dr. Katz (Przemyśl) powiada, że ideał wolnego wyboru lekarza jest po części spełniony, bo każdy pacjent ma wolny wybór z pośród wszystkich lekarzy-dentystów danej Kasy. Projekt reorganizacji ułożyli ludzie, którzy na lecznictwie kasowem się nie znają. Urzeczywistnienie projektu wprowadziłoby chaos w lecznictwie kasowem; reorganizacja zębolecznictwa kasowego nadaje się do dyskusji tylko łącznie z całokształtem lecznictwa kasowego, a nie jako oderwana część tego. Dlaczego prelegent dr. Szafran wydziela z lecznictwa ambulatoryjnego część zachowawczą, a pozostawia w ambulatorjach kasowych części: chirurgiczną i protetykę, jest tajemnicą i to nieuzasadnioną.

Dr. Cylkowski (Poznań). Ktoś z przedmówców narzekał, że w ambulatorjum Kasy Chorych zdarzają się takie wypadki, że pacjent idzie z pięściami na lekarza. Przy wolnym wyborze tego nie będzie, gdyż niezadowolony pacjent ma możność zmiany lekarza tak długo, aż natrafi na odpowiedniego, który mu dogodzi.

Twierdzenie Atlasa, że system kompromisowy, gdzie się część zębolecznictwa zostawia w ambulatorjum kasowem a część wydziela do prywatnej praktyki, jest niewypróbowaną nowością — nie jest słuszne, gdyż w innych specjalnościach, n. p. w ginekologji, istnieje już kompromisowe leczenie pacjenta. Nieprawdą jest, jakoby system wolnego wyboru lekarza był droższym od systemu ambulatoryjnego, gdyż pracując w jednej z największych Kas Chorych w Niemczech, w Berlinie, zrobił spostrzeżenie, że dzięki temu, że lekarze-dentyści mieli własnego lekarza zaufania, sami dbali o to, żeby Kasę Chorych lecznictwo nie drożej kosztowało, jak Kasa sama w dobrowolnej umowie z zrzeszeniami lekarzy-dentystów uchwaliła.

Dr. Bardach (Lwów) wywodzi, że obecny kryzys gospodarczy nie zaoszczędził Kas Chorych. Z tego względu sprzeciwiłby się eksperymentowaniu i wprowadzaniu nowych i nigdy nieznanych systemów. Zmiany proponowane przez prelegenta przyniosłyby szkodę Kasie Chorych, jej członkom i ogółowi lekarzy. Prelegent doszedł do swych wniosków, opierając się na obliczeniach, przeprowadzonych tylko w zakresie dentystyki zachowawczej. Obliczenia te nie są ścisłe. Przystępując do reorganizacji zębolecznictwa K. Ch. musi się mieć obliczone koszty innych działów stomatologji. Należałoby więc stwierdzić ile kosztuje Kasę koszt każdego

innego zabiegu, a nie wyłączać z obliczeń kosztów resekcyj korzenia i t. p. Zresztą, znając stosunki tylko w jednej Kasie Chorych i opierając się tylko na swojem jednostronnem zestawieniu nie wolno występywać z projektem reorganizacji, mającem objąć całe państwo. Rzucenie hasła wolnego wyboru lekarza odpowiada ogółowi lekarzy. Forma atoli zaproponowana przez prelegenta byłaby karykaturą wolnego wyboru i uwłaczałaby w wysokim stopniu godności zawodowej i stanowi naszemu. Mówca zwraca uwagę, że członek Kasy Chorych mógłby wybrać sobie lekarza, ale tylko do zaplombowania zęba wskazanego przez kierownika ambulat. stom. Kasy Chorych, cieszącego się specjalnem zaufaniem u władz kasowych. Nie wolno mu będzie wykonać żadnego innego zabiegu, nie wolno mu będzie nawet leczyć żadnego zęba, nie oznaczonego na karteczce. W bardzo krótkim czasie straciłby pacjent zaufanie do lekarza. Mówca godzi się z drem Atlasem, że raczej zabiegi chirurgiczne należałoby zostawić lekarzowi z wolnego wyboru, a oddział zachowawczy zatrzymać przy Kasie. Argument, że zatrzymanie oddziału chirurgicznego przy ambulatorjum kasowem zaoszczędziłoby wolno praktykującym lekarzom kosztów urządzenia własnej ordynacji, nie nadaje się do dyskusji. W ten sposób ciężko jest przekonać ogół lekarzy o dobrodziejstwie takiej koncepcji. Mówca wypowiada się za profilaktyką w najszerszem pojęciu tego słowa, a co do projektu referenta proponuje przejście nad tem do porządku dziennego jako nierealnego.

Lek. dent. Stokowski (Warszawa) powiada, że wskutek zatrudnienia techników dentystycznych w zębolecznictwie kasowem wnosi Rada Centralna stale od kilku lat sprzeciw u władz, nie mogąc dotąd otrzymać pozytywnych przyrzeczeń Rządu w celu wyeliminowania techników dentystycznych z niewłaściwych dla nich czynności. Zwraca się do V. Zjazdu o uchwalenie wniosku z powyższem żądaniem ogółu lekarzy-dentystów.

Dr. Gondzik (Królewska Huta) zwraca się do Komisji deontologji F. D. I. piętnując obecny stan w zawodzie dentystycznym, jaki panuje na Górnym Śląsku i wzywa publicznie miarodajne czynniki tamże, ażeby się postarały jak najprędzej o wprowadzenie w życie rozporządzenia Prezydenta w sprawie ustawy dentystycznej także na Górnym Śląsku.

Ponadto przemawiali jeszcze Mokrzycki (Warszawa), Nacher (Lwów), Ledniczer (Budapeszt) i referent główny. Wnioski z referatu wypływające odesłano do Komisji wniosków i na tem zakończono dyskusję nad drugim tematem głównym.

W rezolucjach ostatecznych wypowiedział się V. Polski Zjazd Stomatologiczny jednomyślnie za wprowadzeniem wolnego wyboru lekarza. Organizacja i określenie tego systemu winna być zrealizowana po bezpośrednim porozumieniu się miarodajnych czynników z wszystkiemi zrzeszeniami zawodowemi.

Zast. prof. Jarząb (Poznań) mówi na temat: **„Metody leczenia korzeni oraz ich biologiczna i bakterjologiczna kontrola“.** Referent wywodzi, że najtrudniejszym problemem do rozwiązania w dentystyce zachowawczej jest sprawa leczenia korzeni zgorzelinowych.

Metody, któremi się przy leczeniu tych spraw posługujemy, mają na celu:

1) usunięcie mas zgorzelinowych z przewodu korzeniowego,

2) wyjałowienie przewodów korzeniowych,

3) trwałe zamknięcie przewodów korzeniowych, a szczególnie ich otworów szczytowych przed ewentualną inwazją drobnoustrojów do ozębnej.

Najtrudniejszem, a zarazem najbardziej decydującem o trwałości zęba w zębodole jest wyjałowienie przewodu korzeniowego. Właściwości środków bakterjobójczych używanych tutaj ze względu na anatomiczną budowę zębiny a także i okolicę okołoszczytową, którą w sprawach zgorzelinowych odkażamy, powinny mieć działanie bakterjobójcze nie tylko przez kontakt, ale także w głąb. O takiem działaniu dotychczas powszechnie używanym środkiem jest formalina. Jednakowoż jej własności drażniące ozębnę i zbyt silne ścinające działanie, które uniemożliwia wyjałowienie głębszych warstw, staje się bodźcem do szukania nowych środków.

W ogólnej ocenie tych środków metodą biologiczną przez zaszczepienie leczonych korzeni myszkom i morskim świnkom najkorzystniej przedstawia się leczenie naftą z jodem, która oprócz doskonałych własności oczyszczenia mas zgorzelinowych razem z jodem łączy własności bakterjobójcze w głąb, a przy tem nie drażni ozębnej.

Prof. Dr. W i l g a (Warszawa). **W sprawie leczenia zębów preparatem Rockle'sa Nr. 4.**

Referent przeprowadził badanie nad leczeniem zębów z zgorzelinową miazgą preparatem „Rockle'sa" Nr. 4.

Doświadczenia kliniczne były kontrolowane badaniami bakterjologicznemi i rentgenologicznemi. Środek ten zastosowany w 43 przypadkach dał 18 ujemnych wyników, t. j. w 41,8% przypadkach leczenie było ujemne. Oprócz słabej bakterjobójczej siły tego środka stwierdzono także jego ujemny wpływ na zębinę, dzięki zawartości w nim kreozotu. Zęby pod wpływem Rockle'sa stają się kruche, łatwo łamliwe.

Wobec powyższego preparatu „Rockle'sa" nie należy polegać dla leczenia zębów, gdyż dla tego celu posiadamy daleko więcej wartościowe kombinacje formaldehidu ze środkami odkażającemi, n. p. formalina z tymolem i inne.

Lek. dent. M i d l e r (Pabjanice): **Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem preparatu Rockle'sa.** Na wstępie zastanawia się prelegent nad przyczynami małej stosunkowo popularności wśród ogółu dentystów ogłaszanych przez znanych badaczy metod naukowych leczenia korzeni zgorzelinowych Rockle'sem. Dzieje się to dlatego, że stosowanie Rockle'sa w praktyce masowej, a szczególnie w Kasach Chorych jest bardzo utrudnione Prelegent obserwował przeszło 1000 przypadków leczonych Rockle'sem, podaje statystykę sprawdzonych 360 przypadków, z których tylko 9 dało wynik ujemny. Omawia przebieg przeprowadzonego doświadczenia bakterjologicznego, który potwierdza silne własności bakterjobójcze preparatu przy bezpośredniem zetknięciu się z zarazkami, oraz przytacza dowody potwierdzające zdolność działania na odległość.

Lek. dent. G a l a s i ń s k a (Warszawa): **O koronie pełnej lanej.** Rozpatrując wymagania stawiane koronie jak: nieszkodliwość jej dla tkanek, otaczających, prawidłowe funkcjonowanie, zadawalniającą formę kosme-

tyczną i trwałość, dochodzimy do wniosku, że dotychczasowy typ koron wymaganiom tym nie czyni zadość. Nie rozwiązuje bowiem w dostateczny sposób zagadnienia przydziąsłowego, nie daje pewnego i higjenicznego umocowania powłoce koronowej, nie zapewnia jej trwałości jako filarowi mostu. Zwrot w kierunku ulepszeń w budowie korony, tyczących się rozwiązania sprawy przydziąsłowej jak i zwiększenia wytrzymałości skierował prace w kierunku koron lanych całkowitych. Zapoczątkowane korony lane przez Silbermana, Ortona ulegały stopniowo modyfikacjom i ulepszeniom przez Klughardta, Thorena, Sandblooma, Hildebrandta. Zmniejszone niepowodzenia w procesie odlewania na skutek udoskonalonych aparatów odlewniczych i masy osłaniającej, przyczyniły się do nadania szerszych praw koronie lanej, za którą opowiadał się szereg autorów tej miary co Schröder, Koller, Brill, Rosenzweig i inni. Przygotowanie zęba pod koronę laną ogranicza się do oszlifowania ścian bocznych wyłącznie dodziąsłowo, powierzchni żującej z zachowaniem budowy guzków, co zapewnia zmniejszoną utratę tkanki zęba. Po oszlifowaniu następuje wzięcie wycisku masą Kerra Nr. 4 w pierścieniu miedzianym. Uzyskanie modelu zęba uskutecznia się cementem Krytptex, lub wysokogatunkowym amalgamatem miedzi. Dla odtworzenia warunków artykulacji zostaje wzięty wycisk szeregu z danym zębem, zębów szczęki przeciwległej i ustalone wzajemne położenie szczęk przez nagryzienie na pasek cynfolji powleczonej woskiem. Model amalgamatowy filaru zostaje odlany z wyciskiem odnośnego szeregu zębów na sposób prac przy koronie żakietowej. Niebieskim woskiem Kerra uskutecznia się modelowanie z uwzględnieniem warunków anatomicznych i funkcyjnych. Wymodelowana powłoka woskowa zostaje zatopiona do masy i odlana, przyczem większość autorów stosuje t. zw. „Expansiongusstechnik". Jakkolwiek prace nad odlewami posunęły się naprzód, jednak nie pokonały całkowicie trudności przygotowania korony pełnej lanej. Jako jedno z rozwiązań proponuję następujące. Model zęba amalgamatowy zostaje pokryty folją platynową 0,01 mm grub. Folja ulega dokładnemu dopolerowaniu gładzikami, lub w specjalnej prasie. Po zdjęciu próbnem i ponownem dogładzeniu, przeprowadzone jest modelowanie powierzchni żującej, ścian bocznych i stycznych. Zatopienie do masy uwzględnia szereg momentów anulujących zmianę objętości formy woskowej. Wytapianie wosku na palniku zbliżonym do palnika Kerra, osuszanie stopniowe, powolne dla uniknięcia popękań. Odlew uskuteczniamy aparatem Kerra z użyciem ciśnienia 20 funtów. Po uwolnieniu odlewu ze stopniowo, powoli oziębianej kiwety, następuje jego dostosowanie na modelu, dopolerowanie ze szczególną uwagą na brzeg przydziąsłowy. Prawidłowo wykonana korona lana zapewnia następujące warunki:

1) Małą utratę tkanek zęba. Przy zębach żywych uniknięcie dewitalizacji.

2) Idealne, szczelne utrzymanie korony na filarze na całej jego powierzchni.

3) Brak drażnienia pierścieniem.

4) Doskonałą wytrzymałość.

5) Dokładne opracowanie stron dodziąsłowej, stycznych poza ustami.

Za cechy ujemne uważać można zwiększony nakład materjału i większą trudność w razie konieczności zdjęcia korony pełnej lanej.

Po południu wygłosiła wykład dr. Szusterówna (Lwów): **Adamantinoma u podstawy czaszki.**

Prof. Dr. Zalewski (Lwów): **O twardzieli w jamie ustnej.** Prof. Zalewski przedstawił w bardzo ciekawym i obszernym referacie patologję i kliniczną stronę twardzieli, demonstrując szereg bardzo ciekawych przypadków na powiększonych fotografjach z kliniki chorób nosa i gadła Uniw. lwowskiego, która dysponuje bardzo obfitym materjałem odnoszącym się do tej choroby.

Doc. dr. Dobrzański (Lwów): **Wyjmowanie ciał obcych zapomocą ezofagoskopu.** Referat wydrukowany w całości w Księdze Pamiątkowej Pol. Stom. 1931. str. 257.

Doc. dr. Dobrzański (Lwów): **O zabiegach chirurgicznych w przewlekłem ropieniu jamy szczękowej.**

Dawniej sądzono, że najczęstszą przyczyną powstawania przewlekłego ropnego zapalenia jamy szczękowej są ropne stany zapalne około zębowe. Nowsze statystyki wykazują, że tak nie jest, gdyż przeważają bardzo znacznie inne przyczyny. Według Hinsberga i Kalischa tylko 5% przypadków przewlekłego ropienia jamy szczękowej pochodzi od zębów, według Hajeka 8%, wedle referenta 10%. Przewlekłe ropienie jamy szczękowej może powstać albo skutkiem przejścia stanu zapalnego z otoczenia na jamę szczękową jak np. zmiany kiłowe, gruźlicze, nowotworowe, zapalne ropnie szczęki górnej, lub około zębowe, a wreszcie może być skutkiem przejścia ropienia innych jam bocznych, przedewszystkiem sitowych i czołowych. Drugą przyczynę stanowią ostre ropne zapalenia jamy szczękowej, powstałe w przebiegu chorób zakaźnych jak grypa, dur brzuszny, zapalenie płuc, błonica, płonica, odra i t. d. Jako objawy przewlekłego ropienia jamy szczękowej stanowią bóle głowy, zatkanie nosa, nadmierna wydzielina ropna, bolesność na ucisk przedniej ściany i wyprysk w przedsionku nosowym. Ścieńczenie zewnętrznej ściany, dające trzeszczenie, występuje częściej w torbielach zębowych niż w przewlekłem ropieniu jamy szczękowej. Rozpoznanie większości przypadków jest łatwe, o ile uwzględnimy objawy oraz badanie jamy nosowej od przodu i tyłu. Następnie podciągamy dla ustalenia rozpoznania djafanoskopję, zdjęcie rentgenowskie zwykłe oraz kontrastowe zapomocą lipiodolu. Z metod leczniczych wysuwa się na pierwszy plan przekłucie i następowe płukanie. Referent wykonuje nakłucie w dolnym przewodzie zapomocą trójgrańca i przepłukuje jamę szczękową zapomocą podwójnej rurki Jurasza w ciągu 4-ch tygodni, o ile w tym czasie ropienie nie ustępuje wykonuje operację radykalną sposobem Luc - Caldwella. Drugą metodą jest operacja przez zębodół, robiąc otwór na 1 cm szeroki. Sposób ten jakoteż i poprzedni nie dają wglądu w jamę szczękową i możności skontrolowania śluzówki w całej jamie i powoduje ściekanie ropy do jamy ustnej. Ponadto spostrzegano krwotoki oraz obumarcie kości w obrębie kanału. Pozostają po nim przetoki, wymagające noszenia zatyczki lub plastycznego zamknięcia, które nie zawsze się udaje. Kombinowany sposób operacji jamy szczękowej podany przez Luca i Caldwella równocześnie znalazł jak najszersze zastosowanie, gdyż daje on najlepsze wyniki operacyjne. Referent opisuje szczegółowo sposób ten, oraz modyfikację Denkera, znieczulenie miejscowe, oraz następowe leczenie.

Na 60 przypadków przewlekłego ropienia jamy szczękowej, trwającego całymi latami, operowanych sposobem Caldwell - Luca było 48, a sposobem Denkera 12. Były w tym przypadki z przetokami w zębodole lub nawet z zewnętrznymi, przypadki z torbielą zębową. We wszystkich uzyskaliśmy po operacji w ciągu 14 dni całkowite i trwałe wyleczenie. Operacja nie powodowała żadnych powikłań, a wiek operowanych chorych sięgał od 16-tu do 70 lat. W jednym tylko przypadku mieliśmy różę, w następstwie zakażenia od innego chorego na tej sali się znajdującego, oraz w jednym przypadku kataralne zapalenie płuc w następstwie grypy. Oba przypadki wyszły jako wyleczone.

Referent podkreśla wielkie znaczenie metody operacyjnej Caldwell-Luca jako dającej pewne i trwałe wyleczenie pod warunkiem, jeżeli śluzówka polipowato zgrubiała, była przy operacji całkowicie usunięta, oraz jeżeli do nosa stworzono szeroką, przynajmniej $1^1/_2$ do 2-ch cm komunikację, przez którą wpukla się płat śluzówki od strony nosa, mający następowo wyścielić całą jamę szczękową.

Dr. Meisels i prof. Cieszyński (Lwów): **Leczenie radem nowotworów.** Referat wygłosił Dr. Meisels.

Po omówieniu podstaw biologicznych promieniolecznictwa nowotworów języka i błony śluzowej jamy ustnej, czynników ogólnych i miejscowych wpływających na promieniotwórczość komórek nowotworowych, techniki rentgenowskiej i radowej i wyników innych autorów, przedstawia referent technikę, którą w swych przypadkach stosowali wraz z prof. Cieszyńskim, jakoteż uzyskane wyniki.

Leczenie energją promienną, a zwłaszcza w postaci radiopunktury igłami filtrowanemi, wedle metody Regaud'a daje w rakach języka i błony śluzowej jamy ustnej wyniki procentowo lepsze niż zabieg operacyjny. Należy wskutek tego ograniczyć wskazania do operacji, tem bardziej, że radioterapją można uzyskać wyleczenie bez okaleczeń i bez upośledzeń czynnościowych. Do leczenia za pomocą radiopunktury nadają się przedewszystkiem raki umiejscowione w przedniej połowie grzbietu języka i na błonie śluzowej policzków. Raki umiejscowione w części tylnej języka, lub wychodzące z błony śluzowej podstawy języka powinne być leczone w ten sposób, że radiopunkturę wewnątrznowotworową należy uzupełnić naświetlaniami z zewnątrz bądź to przy pomocy silnych preparatów radowych, bądź też przy pomocy naświetlań rentgenowskich. W przypadkach bardzo posuniętych i zaniedbanych, jak n. p. w przypadkach w których zmiany przechodzą na łuki podniebienne, na nagłośnię, lub też przebijają na zewnątrz można naświetlaniami wedle metody Coutarda uzyskać jeszcze pewne wyniki. Naświetlania rentgenowskie nie dają na ogół pomyślnych wyników w leczeniu nowotworów języka i błony śluzowej jamy ustnej i je też na korzyść naświetlań radowych zarzucono. Jednak w przypadkach ze zmianami bardzo posuniętemi, w których zastosowanie radiopunktury jest niemożliwe, są naświetlania rentgenowskie wedle wyżej wspomnianej metody Coutarda, polegającej na stosowaniu naświetlań o małej mocy przez czas dłuższy (3 — 4 tygodnie), jedynym jeszcze środkiem leczniczym. W przypadkach, w których zmiany usadowione są na błonie śluzowej pokrywającej kości szczękowe należy liczyć się z możliwością wywołania martwicy kości. W przypadkach tych stosowniejszem jest naświetlanie silnem ogniskiem

z zewnątrz. W przypadkach ze zmianami posuniętemi wskazanem jest niekiedy usunięcie operacyjne danej części kości przed rozpoczęciem leczenia. Martwica kości przedłuża i wpływa niekorzystnie na przebieg leczenia. W przeważnej jednak ilości przypadków można ją opanować i nie niweczy ona wyniku leczniczego.

Do leczenia operacyjnego nadają się przypadki z drobnemi, początkowemi zmianami, w których zabieg nie jest połączony z poważniejszem uszkodzeniem. Następnie te przypadki, w których leczenie energją promienną zawiodły. Zdarza się, zwłaszcza przy niedostatecznem opanowaniu techniki radioterapeutycznej, że w miejscu nieodpowiednio leczonem wytwarza się radionekroza, trudno się gojąca i niekiedy utrzymująca się przez długi czas. W przypadkach tych trudno i badaniem drobnowidowem rozstrzygnąć czy ma się do czynienia z martwicą wynikającą z przedawkowania, czy też wśród tkanek nekrotycznych znajdują się jeszcze komórki nowotworowe, świadczące o tem, że nie zastosowano odpowiedniej dawki. (Dawka była za słaba, lub też ogniska radowe były zbyt rzadko rozmieszczone i t. d.). W przypadkach tych operacyjne wycięcie miejsca nekrotycznego jest w stanie radykalnie sprawę wygoić. Z wykonaniem zabiegu operacyjnego nie należy się jednak zbytnio śpieszyć i stosować go dopiero po wyczerpaniu środków konserwatywnych. W przypadkach z bardzo rozległemi nekrozami wśród niewygojonych zmian nowotworowych można niekiedy jeszcze naświetlaniami rentgenowskiemi wedle metody Coutarda pewne wyniki uzyskać.

Wyleczenie zmian pierwotnych nie jest na ogół trudne, przy znajomości zasad techniki radioterapeutycznej przy zmianach nie zanadto rozległych. O wiele trudniejszym problemem leczniczym jest leczenie przerzutów gruczołowych. Są one, jak wyżej kilkakrotnie wspomnieliśmy powikłaniem bardzo często tu występującem, o wiele częściej niż w rakach o innem umiejscowieniu, jak n. p. w rakach skóry. Leczenie tych przerzutów gruczołowych powinno być przedewszystkiem chirurgiczne. Powinno polegać na dokładnem i doszczętnem, możliwie wcześnie przeprowadzonem, wyjęciu wszystkich gruczołów i naczyń chłonnych okolicy podszczękowej i szyi aż do miejsca podziału tętnic szyjnych. Wyłuszczenie gruczołów powinno być uzupełnione następowem naświetleniem radowem, względnie rentgenowskiem. W ten sposób uniknie się w większej niż dotychczas ilości przypadków zniszczenia przez wtórne przerzuty efektu leczniczego uzyskanego w miejscu zmian pierwotnych.

Co do techniki zakładania igieł radowych należy nadmienić, że doskonałe ustalenie ich na miejscu uzyskujemy przywiązując je zamiast jedwabiem — podwójnym skręconym drutem z glinu bronzowego, który tworzy niejako sztywną rączkę, którą przyszywamy do okolicznej tkanki (sposób C i e s z y ń s k i e g o). Igły w pobliżu wyrostka zębodołowego dolnego przytrzymujemy stale na miejscu niekiedy zapomocą protezy kauczukowej, obciążonej wewnątrz cyną, o ile brak zębów dla klamer, mających ustalić położenie protezy. Powierzchnię protezy pociągamy warstwą gutaperki (C i e s z y ń s k i), tworząc w ten sposób elastyczne podłoże, w którem znajdują zarazem oparcie główki igieł radowych a druty łożysko; w ten sposób chronimy się przed odleżynami, które mogą powstać w czasie 5—6 dni, w których dniem i nocą proteza uciskowa spoczywa w jamie ustnej podczas naświetlania radem. Wystające z jamy ustnej druty przeciągamy przez dren celem ochrony kąta ust (C i e s z y ń s k i).

W dyskusji nad wszystkiemi referatami zabrał głos prof. Cieszyński, uzupełniając wywody prelegentów własnemi spostrzeżeniami i dziękuje na końcu swego przemówienia referentom z poza grona stomatologów za udział w zjeździe i za pięknie opracowane tematy z pogranicza stomatologji, które tak wielkie wzbudziły zainteresowanie.

Zast. prof. Jarząb (Poznań): **Kilka dokładnie zbadanych przypadków klinicznych o wyraźnej etjologji zakażenia wśródustnego.**

Stwierdzenie schorzeń pochodzenia zakażenia śródustnego napotyka na trudności:

1) z braku bezpośredniego związku per continuitatem,

2) przez wytworzenie się schorzeń odległych i niepodobnych swym klinicznym obrazem do pierwotnego ogniska.

3) przez odległość czasową między powstaniem ogniska zakażenia a wywołaną chorobą,

4) z powodu niejednokrotnego braku potwierdzenia tej samej jakości drobnoustrojów między ogniskiem zakażenia a wywołanem schorzeniem,

5) z powodu trudności wywołania analogicznej choroby przez przeszczepianie odpowiednich drobnoustrojów z ludzi na zwierzęta.

Jedyną możnością potwierdzenia łączności obydwu schorzeń dają te przypadki, które długi czas opierały się swoistemu leczeniu, a po zastosowaniu zabiegów w jamie ustnej nastąpiło szybkie i zupełne wyleczenie.

Na dowód wszystkich powyższych tez przedstawia ciekawsze historje chorób, statystykę opracowaną na podstawie współpracy z innemi klinikami, objaśnienia badaniami bakterjologicznemi i rentgenologicznemi.

W dyskusji powiada dr. Mancewicz (Wilno), że w ostatnich czasach zaczął zbierać materjał podejrzany na zakażenie wśródustne. Spostrzegł w kilku przypadkach szybkie ustąpienie zapalenia tęczówki, rogówki i spojówki po usunięciu zębów i wyłyżeczkowaniu ziarniny. Pacjenci z kliniki okulistycznej zaczęli się samorzutnie zgłaszać na poliklinikę stomatologiczną z prośbą o usunięcie dawno istniejących w szczękach korzeni, jak również zębów z nieżywą miazgą. Rezultaty były czasem wprost imponujące, gdyż w przeciągu tygodnia ustępowały wszelkie objawy chorobowe w gałce ocznej, podczas gdy okulistyczne długotrwałe leczenie dawało bardzo krótko trwające polepszenia stanu zapalnego. Zapowiada ogłoszenie zestawienia tych chorób ze szczegółowemi historjami chorób z fotografjami.

Lek. dent. Gelbard (Warszawa): **Stosowanie amerykańskich dźwigni.**

Chirurgję amerykańską na zjeździe Centralnego Związku Lekarzy Dentystów w r. 1926 w Düsseldorfie referował prof. Adrion i zakomunikował, że w Ameryce istnieje specjalność w dentystyce u nas nie znana „eksodoncja", wspomniawszy dwa znane nazwiska eksodontystów Wintera i Barry'ego.

Winter dokonał kilka tysięcy ekstrakcji zębów mądrości impaktowanych za pomocą swoich dźwigni, których ilość dochodzi do 20-tu, dał klasyfikację typów, wskazania do typu operacji i podał graficznie poszczególne fazy wykonywanego zabiegu. Barry osobiście demonstrował w wielu klinikach niemieckich, jak należy operować za pomocą jego dźwigni.

Dźwignie amerykańskie przychodzą nam z pomocą w przypadkach skomplikowanych ekstrakcji zębów mądrości i przy ciężkiej frakturze; zredukowały one stosowanie dłutka do minimum.

Tacy eksodontyści cieszą się w Ameryce wielkiem powodzeniem i do nich zjeżdżają się pacjenci, z wszystkich okolic Ameryki, czekając swojej kolejki.

Zaletą takiej ekstrakcji, jest precyzja w robocie; bez uszkodzenia dziąsła i wyrostka zębodołowego, daje szybkie gojenie, nie daje następczych krwotoków i bólów poekstrakcyjnych, a proces gojenia przebiega bez zakażenia miejscowego.

Słusznie mówi Loos, że w Niemczech przy ich warunkach ekonomicznych trudno stworzyć taką specjalność, lecz popiera stosowanie dźwigni i twierdzi, że należy już na szkolnej ławie każdego dentystę wyszkolić we władaniu temi dźwigniami. Każdy dobrze pracujący lekarz dentysta powinien lege artis, każdą ekstrakcję temi dźwigniami wykonać.

Zabieg ten nie powinien być wyłącznym monopolem kilku jednostek, nie powinien być oparty na specjalnem uzdolnieniu, a należy tak postawić sprawę na kursach specjalnych lub w instytucjach dentystycznych, żeby on stał się zabiegiem uniwersalnym, dla każdego specjalisty.

Dla trudniejszych typów ekstrakcji impaktowanych zębów mądrości rentgenografja jest konieczną; na mocy zdjęcia ustala się diagnozę — typ, i wskazania do typu operacji, plan samego zabiegu i wybór dźwigni.

Przy zatrzymanych zębach należy ustalić położenie (pionowe lub poziome) retencję całkowitą lub częściową, formę korzeni, ich kierunek i rozgałęzienie.

W końcu zademonstrował referent komplet amerykańskich dźwigni propagowanych przez Heinemana na 7-miu fotografjach, fazy poszczególne przy wykonaniu zabiegu operacyjnego.

Dr. Mieczysław Jankowski (Lwów): **Przegląd metod ekstrakcyjnych przy trudnych przypadkach w ostatniem 20-leciu.**

W przypadkach trudnych ekstrakcyj, jak głęboko złamanych, czy próchnicowych korzeni, zębów zatrzymanych wzgl. nieprawidłowo wykłutych, nie można posługiwać się typowymi sposobami.

Przy usuwaniu złamanych korzeni używa się dźwigni o różnych kształtach i dłut prostych i bagnetowych płaskich i wydrążonych. Jankowski podaje metody: Cieszyńskiego, Posnera, Fabera i Ponsa.

Szczególne trudności nastręczają przypadki w których z powodu przewlekłego zapalenia ozębnej wytworzyły się wyrośla kostne, pogrubiające szczyt korzeni, najczęściej kłów i dwuguzkowców; dalej kostniaki w sąsiedztwie zębów usuniętych.

Odrębną grupę stanowią przypadki, w których pozostał w kości szczękowej tylko krótki szczyt korzenia. Tą resztkę korzenia usuwamy nie przez zębodół, lecz od zewnątrz wyrostka zębodołowego przez utworzone w kości okno sposobem Cieszyńskiego. Technika operacyjna jest podobna do operacji resekcji korzenia.

Do usuwania zębów mądrości niewyrzniętych, względnie nieprawidłowo wyrzniętych, podaje autor metodę Wintera i Barry'ego, oraz narzędzia używane przez tych operatorów jak i metodę Cieszyńskiego, która może być używana tak przy typowem, jak i atypowem ustawieniu zęba.

Dzięki bagnetowym, drążonym dłutom, oraz płaskim, zgiętym pod kątem, przez nawiercenie wyrostka zębodołowego od strony bukalnej i distalnej możemy używać dźwigni Barry'ego, Wintera i dojść do celu nie stosując metody Partscha z wydłutowaniem bocznej ściany. W ten sposób zaoszczędzić można często chorym powikłań, które spotykamy po wydłutowaniu zewnętrznej ściany zębodołu.

Wkońcu wylicza autor powikłania poektrakcyjne i sposoby ich leczenia.

W dyskusji powiada prof. Jarząb, że trudne są często przypadki usuwania górnych pierwszych przedtrzonowców. Cienkie długie korzenie i grube przednie ściany zębodołu utrudniają ekstrakcje, szczególnie przy zębach stojących osobno, gdzie brzegi kostne są tak zgrubiałe, że tkanka kostna jest zbita, prawie jak kostniak. Najważniejszą rzeczą jest widzieć i wiedzieć, jak korzeń leży — to nam daje wskazówki dalszego postępowania.

We środę dnia 1. lipca był dalszy ciąg wykładu Hauptmeyera (tłumaczył prof. Zeńczak) jakoteż wykład dra Geyera (Berlin): **Badania naukowe naturalnych barw zębów w stosunku do barwy skóry, włosów i oczu.** Referat ten tłumaczył dr. Allerhand. Referat w polskim przekładzie został przesłany uczestnikom Zjazdu w miesiącu wrześniu przez firmę Edeco.

Prof. Cieszyński (Lwów): **Tayloryzacja pracy w ambulatorjach Kas Chorych, klinikach szkolnych i w praktyce prywatnej.**

Referat ukaże się w całości w „Przeglądzie dentystycznym".

Lek. dent. Hrynkiewiczowa (Poznań): **Wpływ ergosteryny naświetlanej na budowę kośćca i strukturę zębów.**

Ponieważ jednym z głównych czynników, wywołujących próchnicę jest wzmożona zdolność do odwapniania substancji twardej zęba, a ta zdolność pozostaje w związku z ogólnem zaburzeniem przemiany soli wapna, przeto zastosowanie środka, wpływającego normująco na tę przemianę — bądź podczas życia płodowego, bądź też na organizm samodzielny — miałoby cenne znaczenie profilaktyczne. Środek ten wpływałby bowiem na ogólne wzmocnienie całego kośćca i uzębienia, a tem samem uodporniałby przeciw próchnicy.

Ze środków leczniczych, wpływających na przemianę mineralną, najlepsze i widoczne wyniki dał preparat ergosteryny naświetlanej „Vitavit" Spiess'a.

Badania eksperymentalne, przeprowadzone nad myszami i morskiemi świnkami, wykazały, iż, stosując Vitavit w odpowiednich dozowaniach i odpowiednich okresach fizjologicznych tych zwierząt, można wywołać silniejszą budowę kośćca i uzębienia, a tem samem wpłynąć profilaktycznie na leczenie próchnicy.

Wyniki badań dałyby się ująć następująco: 1) wyniki kliniczne, 2) roentgenologiczne, 3) histologiczne.

Kliniczne: zwierzęta przy podawaniu vitavitu stawały się łagodniejsze, wzmagał się ruch, łaknienie, przybierały na wzroście i wadze — w stosunku do zwierząt niedoświadczalnych,

roentgenologicznie: obrazy wykazywały znaczniejsze odkładanie się soli wapnia — b. zbitą tkankę kostną na kończynach długich i szczękowych,

histologicznie: — tkanka kostna szczęk i zębina była bardziej przesycona solami wapnia. Liczne obrazy mikroskopowe ilustrują powyższe wyniki.

Lek. dent. Bogumiła Zakrzewska (Warszawa): **W sprawie etjologji próchnicy zębów.**

Statystyczne dane stwierdzają szerokie rozpowszechnienie próchnicy zębów. Referentka skreśliła następnie historyczny zarys teorji powstawania próchnicy począwszy od czasów Hippokratesa; dalej podstawową teorję Millera, badania Preiswercka, Blacka, Milesa, Underwooda, Lohmana i innych autorów i ostatnio teorje Entina i F. Boedeckera. Do wyjaśnienia roli, jaką odgrywają drobnoustroje przy powstawaniu próchnicy przytoczyła poglądy całego szeregu uczonych jak: Millera, Goodby'a, Pickerilla, Abrikosowa, Kantorowicza, Schlirfa oraz badania amerykańskich uczonych i angielskich, jak J. Mc. Intosha, Warnicha i Lazarusa Barlowa. Z polskich autorów przytoczyła prace doc. Sierakowskiego i dr. Zajdlówny, oparte na badaniach angielskich uczonych: o specyficznych bakterjach fermentacyjnych, wywołujących próchnicę zębów. Oprócz czynników wywołujących próchnicę, jak bakterje i kwasy, wspomniany jest cały szereg przyczyn usposabiających. Rozwój próchnicy zębów w dużym stopniu zależy od ogólnego stanu ustroju, przemiany materji i odżywiania, to jest dostarczenia organizmowi w odpowiedniej ilości soli mineralnych i witamin.

Abs. med. Frankowski (Lwów): **Fizyka djatermji z uwzględnieniem badań najnowszych.**

Djatermja polega na zastosowaniu dla celów leczniczych ciepła wytworzonego przez prądy szybkozmienne przechodzące przez tkanki.

Fizyka djatermji opiera się na prawie Joula, które powiada, że ilość ciepła wytworzona przez prąd przepływający przez przewodnik jest wprost proporcjonalną do kwadratu natężenia prądu, do oporu i do czasu.

Dla celów djatermicznych używamy tylko prądów zmiennych o minimalnej częstotliwości kilkudziesięciu tysięcy okresów na sekundę, gdyż prądy stałe i zmienne niskiej częstotliwości działają pobudzająco na nerwy czuciowe i ruchowe.

Dla naszych celów wytwarzamy prądy szybkozmienne iskiernikiem, a w ostatnich latach lampą katodową. Zależnie od tego będziemy rozróżniali djatermję iskiernikową i djatermję lampową.

Djatermję iskiernikową zasilamy prądem zmiennym czerpanym z sieci oświetleniowej. Transformator przerabia go na prąd o wyższem napięciu, ale tej samej częstotliwości, który służy do zasilania obwodu oscylacyjnego, składającego się z kondenzatora, cewki i iskiernika.

Kondenzator tworzy jakby szereg tablic Franklina ułożonych w jeden blok. Może on posiadać albo stałą pojemność, albo zmienną w sposób ciągły.

Cewka składa się z szeregu zwojów z drutu izolowanego. Rola jej polega na działaniu samoindukcyjnem w stosunku do niej samej i na dzia-

łaniu indukcyjnem na drugą cewkę, które się manifestuje powstawaniem zgodnego prądu indukcyjnego z chwilą włączenia prądu, i przeciwnego prądu indukcyjnego z chwilą wyłączenia prądu głównego.

Iskiernikiem w zasadzie są dwa pręty przesuwalne względem siebie, zakończone dwoma tarczowatemi elektrodami.

Prąd czerpany z wtórnego uzwojenia transformatora ładuje kondenzator. Gdy potencjał jego okładek osiągnie maksimum potrzebne na pokonanie oporu powietrza między elektrodami iskiernika, wyładowuje się on przez cewkę, przeskakuje w formie iskry między elektrodami iskiernika, poczem dzięki samoindukcji i cewki ładuje z powrotem kondenzator, ale przeciwnie. Ten sam proces odbywa się w kierunku przeciwnym, a po kilkunastu wahnieniach układ ascylacyjny wraca do równowagi. Każdemu wahnieniu towarzyszy zmniejszanie się natężenia prądu uwarunkowanego stratami energji elektrycznej 1) na wytworzenie ciepła joul'owskiego 2) na wypromieniowanie.

W konsekwencji tego otrzymaliśmy prąd szybkozmienny o drganiach gasnących.

Prąd ten przepływając przez cewkę obwodu oscylacyjnego, wzbudza dzięki działaniu indukcyjnemu prąd szybkozmienny w cewce obwodu leczniczego, z którego czerpiemy prąd stosowany u pacjenta.

Natężenie prądu regulujemy albo zmiennym oporem włączonym bądźto w obwód pierwotnego uzwojenia transformatora, bądźto w obwód leczniczy, albo zmianą oddalania cewek, a mierzymy miliamperomierzem.

W djatermji lampowej wytwarzamy prądy szybkozmienne lampą katodową. Ma ona tę wyższość nad iskiernikiem, że wytwarza drgania niegasnące, a częstotliwość ich sięga szeregu miljardów okresów na sekundę.

Poza tem otwiera nam nowe możliwości stosowania bezpośrednio fal elektromagnetycznych.

Zachodzi pytanie czy celowemi są próby zastosowania djatermji lampowej w leczeniu klinicznem. W odpowiedzi na to pytanie wspomnę tylko, że Kowarschik, który w owej książce o djatermji z roku 1928 wspomina o generatorze lampowym jako o urządzeniu doskonałem, ale dającem się w zupełności zastąpić o wiele tańszym iskiernikiem, dziś z zainteresowaniem śledzi rozwój djatermji lampowej.

Po południu wygłosił referat zast. prof. dr. Zeńczak (Warszawa) na temat: **Leczenie zębów zgorzelinowych i zapalenia miazgi prądem o wysokiej częstotliwości.**

Nadzieje pokładane w diatermji zdobyły wielu entuzjastów i wzbogaciły znacznie literaturę zawodową. Na zasadzie rzuconych przesłanek teoretycznych nieprzepuszczalności ścianek korzenia dla prądu djatermicznego zostały opracowane metody stosowania jego. Brak jedynie uzgodnienia co do wskazań stosowania odnośnie do stanów zapaleń względnie rozpadu miazgi. Przypuszczenie przechodzenia prądu tylko drogą przewodu korzeniowego i jego rozgałęzień, a tem samem sprowadzania wysokich temperatur i odkażania w wąskich przejściach, było wysnute na podstawie uzyskanych dobrych wyników leczniczych, badanych rentgenologicznie i bakterjologicznie.

Badania mikroskopowe czynione na zębach z żywotną miazgą u psa, oraz ludzkich, przenaczonych do usunięcia na skutek zmian parodontalnych

wykazały, że ciepło zostaje wytworzone jedynie w najbliższem otoczeniu igiełki wprowadzonej do przewodu. Prąd zatem przechodzi swobodnie przez ściany korzenia drogą kanalików zębinowych. Dobre więc wyniki leczenia, na których była opartą teorja nieprzepuszczalności prądu przez ściany korzenia, nie były osiągane przez odkażanie prądem djatermicznym bezpośrednio czyli przez ogrzewanie wprowadzonych lekarstw. Lekarstwa przy tem stosowanie chloramin, clorina, hypochloryt i t. p. wykazują wybitnie silniejsze działanie odkażające, w szybkości równoznaczne z natychmiastowem wyjałowieniem. Następowe dokładne oczyszczenie mechaniczne i wypełnienie antyseptykami przewodu musiało prowadzić do wyników dobrych. Przypuszczenie jednak odkażenia prądem djatermicznym niedostępnych rozgałęzień i wąskich przewodów musi upaść, pozostawiając djatermji rolę pomocniczą w myśl skrócenia czasu procesu leczenia. W istocie swej dodatnia jej strona staje się równoznaczną z wprowadzeniem podgrzanej igiełki Rumpla do przewodu wypełnionego odnośnemi antyseptykami.

Dr. Adela B a r d a s z ó w n a (Lwów): **Djatermia w Stomatologji.**

Djatermję podzielić można na:

1. djatermię czyli termopenetrację w ścisłem znaczeniu,
2. djatermję chirurgiczną. Tę ostatnią zaś na:
   a) elektrokoagulację i b) elektrokaustykę.

Główne znaczenie ma w stomatologji djatermia chirurgiczna. Elektrokaustyka zastępuje nóż chirurgiczny.

Elektrokoagulacja czyli elektro-sterylizacja ma zastosowanie w dentystyce zachowawczej, mianowicie do wyjaławiania przewodów korzeniowych, nawet ze zmianami szczytowemi, powodując w wielu wypadkach zanik tychże.

Leczenie przewodów tą metodą można jednak uważać za problem rozwiązany. W pewnych przypadkach bowiem metoda ta zawodzi, tak, że musimy uciekać się do zabiegów chirurgicznych, jak resekcji korzenia, wzgl. replantacji zęba.

Dr. G e l b a r d (Warszawa): **Stosowanie metalu „Wipla" w technice dentystycznej.**

Technika dentystyczna zrobiła ogromne postępy i rozwinęła się w inżynierską robotę, opierając się na fizyce, mechanice, metalurgji, chemji biologji. Wewnętrzna, mikroskopijna struktura stosowanych metali, ich moc, elastyczność, elektrolyza (korysywność) wpływy termiczne i mechaniczne muszą być przyjęte pod uwagę.

Siła zgryzu jest ustalona w granicach od 80 — 120 kilo u mężczyzn, a u kobiet 60 — 80, na poszczególny ząb w pełnym uzębieniu pada od 4 do 25 kg.

Przy utracie zębów siła zgryzu nie zmienia się (działalność mięśni pozostaje ta sama), lecz następuje obciążenie pozostałych zębów i ich obarczenie, wtedy na poszczególny ząb może przypadać prawie 6 — 8 — 10 kg.

W bezzębnej szczęce całkowita siła zgryzu nie bywa wykorzystaną przez pacjenta, inaczej byłoby nie pojętną rzeczą, że kauczukowa proteza nie łamie się przy pierwszym jej użyciu.

Wytrzymałość kauczuku, wynosi około $5^1/_2$ kg. I dlatego u ludzi pracujących ciężko fizycznie i dźwigających na plecach ciężary, zmuszonych przy takiej robocie mocno ściskać zębami, protezy kauczukowe łamią się natychmiast. Dla nich muszą być konstruowane protezy z metali. Dzisiaj entuzjazm dla mostów osłabł, co raz więcej wykonywuje się częściowe protezy w formie podpartych protez. Przy tych protezach praca i obciążenie protezy zostaje w części rozłożone na pozostałe zęby i na części podniebienia i wyrostka zębowego pozbawionego zębów i te protezy często racjonalniejsze, rokują dłuższą egzystencję, niż mostek zbudowany na słabych i niedostatecznej ilości filarach i przytem źle rozmieszczonych w szczęce.

Te podparte protezy jedynie można budować z metalu, który posiada właściwą wytrzymałość, elastyczność, jest materjałem stałym pod względem chemicznym w warunkach jamy ustnej, to jest nie traci na wadze, nie jest korosywnym i nie ulega elektrolyzie, nie zmienia barwy i blasku, nie daje smaku metalowego i goryczy.

Jeżeli rozejrzymy się w całym arsenale metalów stosowanych dla celów protez zębowych, to rozporządzamy następującymi materjałami: kauczukiem, hekolitem, walkeritem i t. p. następnie porcelaną, złotem, platyną i ich aljaszami, białym złotem i metalem „Wipla" t. j. chromo - niklową stalą (7% niklu i 19% chromu). Metale nieszlachetne za wyjątkiem „Wipla" nie mogą być wzięte pod uwagę ze względu niestałości w ustach i co za tem idzie ich szkodliwości dla organizmu pacjenta.

Jakie są pożądane cechy stosowanych materjałów: wytrzymałość przy względnie małej grubości, łatwość obrobienia, przewodzenie ciepła, niski ciężar gatunkowy, chemiczna odporność i utrzymanie blasku i koloru; cena ich powinna być dostępną dla szerszych warstw społeczeństwa.

Materjały więc należy rozpatrzeć pod tym kątem widzenia.

O kekolicie i Walkerycie nie będę mówił, gdyż pomimo reklamy materjały te w praktyce zawiodły. Należy więc porównać wartość kauczuku, złota, platyny i metalu „Wipla". Wszystkie te materjały pod względem chemicznej stałości w jamie ustnej nie różnią się. Różnią się tylko pod względem wytrzymałości:

wytrzymałość kauczuku wynosi $5^1/_2$ kg, złota 40 kg, złota z dodatkiem platyny 70 kg, Wipla 80 kg.

„Wipla" jest 16 razy mocniejszy od kauczuku i dwa razy od złota.

G r u b o ś ć płytki stosowanej wynosi: kauczukowej 15.0, złota 0,4, Wipla 0,2. Stosunek: $7^1/_2$: :2 : 1.

Płytka Wipla jest 7 razy cieńsza od kauczuku i dwa razy od złota; jest zatem najcieńsza przy większej mocy.

C i ę ż a r g a t u n k o w y: Płytka platynowa 21.25, ze złota 19.3, Wipla 7,85, z kauczuku 2 — 2,4.

Z metalów jest Wipla najlżejszy i prawie trzy razy lżejszy od złota, co dla przyssania i adhesji płytki ma wielkie znaczenie również dla protez lanych, podpartych i mostków.

I tak płytka Wipla może być 8 razy cieńsza od kauczuku i 2 razy od złota, przyczem będzie 15 razy mocniejsza od kauczuku i 2 razy od złota i platyny i będzie trzy razy od nich lżejsza.

Pod względem chemicznym metal zachowuje się w jamie ustnej jak najwyższe gatunki złota iplatyny i dlatego nazwano go: Wipla = jak platyna.

Badania w laboratorjach Kruppa w Niemczech i wielu innych państwach, a także i u nas w Państwowym Instytucie Hygjeny to potwierdziły. Metal Wipla nawet przewyższa złoto i platynę w stosunku do amalgamowych wypełnień zawierających rtęć.

Te ostatnie nie amalgamują metalu Wipla i dlatego korony z metalu Wipla można stosować na zęby z amalgamowemi plombami bez ujemnego wpływu. Z metalu Wipla robi się korony, mosty, klamry, płytki lane i wytłaczane na równi ze złotemi najlepszego gatunku (Stahlgold).

W pierwszych latach Krupp produkował te protezy wyłącznie u siebie i w tym celu stworzył fabrykę, gdzie pracuje około 150 ludzi z dyrektorem inżynierem na czele. Kierownikiem fachowym jest Dr. Hauptmeyer wynalazca i inicjator zastosowania V — 2 A metalu dla celów techniki dentystycznej.

Dopiero od 5 lat, kiedy zjazdy dentystów wypowiedziały się przeciw zmonopolizowaniu przez Kruppa i Hauptmeyera tej fabrykacji protez, w Essen, zdołano przekonać firmę Krupp, że dla szerokiego stosowania, wygody dentystów i uniknięcia trudności wysyłania do Essen modeli należy organizować fabrykację na miejscu w różnych miastach i wtedy zaczęto sprzedawać licencję i wyszkalać właścicieli licencji dla organizowania na miejscu laboratorjów dentystycznych wyrobów protez z metalu Wipla.

W ciągu 5 lat zorganizowano 35 laboratorjów rozrzuconych po całym świecie. Polska jest ostatnią na kontynencie Europy, gdyż dopiero w końcu 1930 r. nabyła licencję. Laboratorja te wszędzie prosperują ku wielkiemu zadowoleniu specjalistów i klijenteli.

Nowoczesna technika stosuje „Wipla" dla płytkowych, sztancowanych, lanych robót, dla protez podpartych, mostków, klamer, łuków, różnych zamków, pokryw, koron i drutu.

Amerykanie stosują w technice złoto z domieszką 10% Paladium (Sterngold i Deegold White'a), a Niemcy łączą złoto z platyną od 3 do 8% i otrzymują metal zbliżony do Wipla o mocy 70 kilogramów, wówczas, kiedy Wipla dochodzi do 80 kilogramów. Tylko te gatunki złota mogą być na równi z Wiplem w dentystyce stosowane dla nowoczesnych typów protez ze względu na trwałość, moc i elastyczność.

Lek. dent. Jan G o m b i ń k i (Warszawa): **Hemoragja i hemostatyka w jamie ustnej.**

Krwawienia w jamie ustnej występują częściej po zabiegach, rzadziej spontanicznie. Najczęściej występują po ekstrakcjach zębów. Utrata krwi po ekstrakcji zęba przy prawidłowem krwawieniu po różnych znieczuleniach wynosi przeciętnie około 1.8 ccm. Krwawienie poekstrakcyjne prawidłowe ustaje w ciągu kilku do kilkunastu minut, ew. pod opatrunkiem uciskowym. Obrażenie żylne i tętnicze zatrzymuje się ściskadłem, groźniejsze obrażenie tętnicy żuchwy — podwiązaniem zewnętrznej tętnicy szyjnej. Krwawienie po obrażeniu tętnicy żuchwy może jednak ustać także samoistnie. Nieprawidłowe są przeważnie wtórne krwawienia w kilka lub kilkanaście godzin po zabiegu i mają charakter miąższowego krwotoku. Przyczyny jego kryją się w schorzeniach narządów krwiotwórczych, z których ważniejsze: brak płytek i niedostateczna krzepliwość. Ostatnia jest dziedziczną. Krwotoki poekstrakcyjne przy hemofilji kończą się przeważnie śmiertelnie mimo zastosowania wszelkich środków hemostatycznych. Sta-

tystyka śmiertelnych przypadków wynaczynień po ekstrakcjach zębów wykazuje: Moreau 14 (Francja 1873), Seidel 19 (Niemcy 1925). Z różnych środków obronnych ustroju dwa są naczelne: tworzenie się skrzepu i skurcz ścianek naczyń, na co składają się skomplikowane procesy fizjologiczne i biochemiczne wspomnianych narządów i komórek. Różniczkowe rozpoznanie genezy krwawienia ułatwia hematologiczne badanie krwi. Postępowanie hemostatyczne, niezależnie od usunięcia lokalnych czynników i chirurgicznego zabezpieczenia rany, zaleca sposoby Albrechta, Cieszyńskiego, Seidla i Beckera; przy skazie niedokrzepliwej tamponiki z adrenaliny 1/1000, Claudenu 20%, coagulenu, hemostopu, hemoplastyny, krwi świeżej ludzkiej i surowicy. Te same środki zaleca się dożylnie, a także chlorek wapnia i różne surowice w dużych ilościach według Vienesa aż do wywołania wstrząsu leczniczego. Zalecane są również naświetlania promieniami X śledziony i wątroby i leczenie nateiną Llopis systemem Casasayas. Przy braku płytek, niezależnie od lokalnych środków wyżej wymienionych, zalecony jest przez Krogha i Herrapa wyciąg przysadki pituitryna, przez Weila — emetyna 0,04 podskórnie. Również wskazana transfuzja krwi i naświetlenie śledziony i szpiku kostnego promieniami X i drażnienie szpiku kostnego zastrzykami adrenaliny lub białkowych substancji, a w uporczywych przypadkach usunięcie śledziony.

Najlepszym środkiem zapobiegawczym według Wöhlischa jest szczególne pielęgnowanie zębów krwawców, aby nie dopuścić do ekstrakcji, która jest dla nich zawsze groźna. Ekstrakcja zęba przy hemofilji dopuszczalna jest tylko jako inidicatio vitalis po uprzedniem zastosowaniu środków zapobiegawczych w porozumieniu z internistą, endokrynologiem.

Lek. dent. Rutkowski (Poznań): **Metody i skuteczność wyjaławiania mas wyciskowych.**

Odkażanie masy wyciskowej celem kilkakrotnego jej użytku u różnych pacjentów napotyka na pewne trudności ze względu na utratę własności i zalet danej masy pod wpływem działania środków sterylizacyjnych lub dezynfekcyjnych.

Wyciski brane u chorych, u których stwierdzono gruźlicę, oraz gingivitis ulcerosa, po wyjałowieniu dają następujące wyniki:

Gotowanie mas przez 10 do 15 minut zabija wszelkie drobnoustroje, jednakowoż masy te używane po raz wtóry stają się lepkie, twardnieją znacznie dłużej i kontury wycisków są niedokładne.

Działanie środkami dezynfekcyjnemi jak 5% lysol, 1% sublimat i 10% formalina przez 10 do 15 minut nie jest wystarczające, gdyż posiewy brane z tych wycisków dawały jeszcze na różnych pożywkach obfity porost paciorkowców, gronkowców i ziarenkowców gram - dodatnich, gra - ujemnych i prątków.

Działanie tychże środków dezynfekcyjnych przez czas dłuższy 30 — 45 minut powoduje niszczenie masy wyciskowej na skutek zachodzących procesów chemicznych w składzie masy, co wyraźnie występuje w obrazach mikroskopowych. Najmniej niszczącą jest formalina, następnie sublimat a najwięcej lysol.

Cząsteczkowa sucha sterylizacja sposobem Schoenbecka wymaga specjalnego pieca, oraz dużego nakładu czasu. Najlepszą z dotychczasowych metod wyjaławiania mas wyciskowych i wygodną w codziennej

praktyce jest zanurzanie wycisku w roztworze 10% formaliny lub przechowywanie w parze formalinowej przez 30 — 45 minut bezpośrednio po wyjęciu z ust i obmyciu wodą. Tą drogą bowiem uniemożliwione jest przenoszenie drobnoustrojów z ust do ust. Liczne obrazy mikroskopowe ilustrują eksperymenty.

Lek. Dent. Spiżewki (Poznań): **Ulepszenia w ortodoncji aparatami własnego pomysłu.**

Referent przedstawia na wstępie zwycięzką polemikę adherentów szkoły biologicznej z adherentami szkoły Angle'a. Zarzuty tych ostatnich co do łamliwości aparatów lingualnych zwalcza, wykluczając błędy techniczne oraz złej adaptacji, podając jako mniejszą przyczynę do irytacji pacjenta ich zgrabność i drobność w konstrukcji. Przeciwnie udowadnia, że aparaty lingulane działają bezboleśnie, bez porównania trwalej, przez to biologiczniej i z większą celowością.

Natomiast stare aparaty różnych typów, również Angle'a działały stopniowemi bodźcami, biologicznie niedziałały wogóle, albo bardzo mało i były częstokroć szkodliwe i torturą dla pacjenta.

Przy pomocy 14 diapozytywów przedstawia referent nadzwyczaj celowe, pewne, skuteczne i szybkie działanie aparatów swego pomysłu. W szczególności posługuję się jako motorami permanetnemi sprężynami transwersalnemi, suwakami i uproszczonemi paluszkami sprężystemi w kombinacji z „ribbon arch'em". Roentgenogramy wykazują również nadzwyczaj wysoką działalność biologiczną omówionych aparatów.

Lek. Dent. Spiżewski (Poznań): **Kilka słów o tem, co wymaga od nas nowoczesna praktyka dentystyczna.**

Na 8 prześroczach przedstawia referent sterylizację rączek do świdrów przez gotowanie w parafinie liquidum — pozatem po oczyszczeniu ich w benzynie ze stężałej oliwy i pyłków metalicznych przechowuje je w robisterilu z dodatkiem 5% parafiny liquidum i odkłada je po 2 godzinach do specjalnego naczynia hermetycznie zamkniętego z gazikami, celem wysączenia nadmiaru płynu wyjaławiającego. Referent uważa robisteril jako najlepszy płyn odkażający do przechowywania igieł injekcyjnych. Demonstruje praktyczne szkła do przechowywania rączek, strzykawek, igieł różnego rodzaju, przyboru injekcyjnego i innych instrumentów. Dalej uwzględnia szczególnie przechowywanie narzędzi służących do przeprowadzania leczenia korzeni.

Dr. Katzner (Lwów): **O koronie żakietowej.** Na wielkiej ilości starannie zrobionych tablic omawia referent przygotowanie zęba pod korony żakietowe, jakoteż wybieranie koloru i wypalanie koron.

O godz. 18-tej po ostatnim referacie w obecności już tylko 70-ciu uczestników zabiera głos przewodniczący Zjazdu Prof. Dr. Cieszyński do końcowego przemówienia wywodząc, że V. Polski Zjazd stomatologiczny miał zakreślony za wielki program naukowy, z czego wynika, że zjazdy stomatologiczne powinny się odbywać co roku. Przewodniczący dziękuje komitetowi organizacyjnemu za jego pracę i podnosi jego zasługi około zorganizowania zjazdu, powiadając, że takiego zjazdu jeszcze w Polsce nie

było. Prof. Cieszyński apeluje do wszystkich Związków i organizacyj, ażeby rozpowszechniały Księgę Pamiątkową wśród swoich członków i zaprasza wszystkich kolegów z Polski do wzięcia udziału w międzynarodowym kongresie w Paryżu i w Budapeszcie.

Wobec wielkich kosztów związanych z urządzeniem Zjazdu i wydaniem księgi pamiątkowej uchwalono jednomyślnie, ażeby uczestnicy Zjazdu złożyli dodatkową wkładkę w wysokości przynajmniej pięciu złotych na pokrycie kosztów.

Przewodniczący oznajmia, że na posiedzeniu Stałej Delegacji Zjazdów Polskich wybrano Poznań jako miejsce VI. Zjazdu łącznie ze Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich na rok 1933. Stała Delegacja poleciła prof. Jarząbowi zorganizowanie tegoż zjazdu, który też ten obowiązek na siebie przyjął. Przewodniczący odczytał 11 niżej podanych rezolucyj Komisji wniosków, tyczących się szkolnej opieki dentystycznej, które V. Zjazd stomatologiczny jednogłośnie przyjął. Jednogłośnie przyjęto również rezolucje w sprawie zębolecznictwa w Kasach Chorych. Ponieważ Stała Delegacja zjazdu kończy swoje urzędowanie z chwilą zamknięcia Zjazdu, przeto proponuje, po uprzedniem porozumieniu się, na członków Stałej Delegacji oprócz przedstawicieli katedr stomatologicznych następujących kolegów: Cylkowskiego (Poznań), Zabilskiego (Szopienice), Ujejskiego (Warszawa), Stokowskiego (Warszawa), na zastępców Wolańskiego (Wilno), Atlasa (Lwów) i Wodnieckiego (Kraków). Przewodniczącym stałej Delegacji został wybrany przez aklamację przez plenum Zjazdu ponownie prof. Cieszyński.

Wieczorem tegoż dnia wyświetlono jeszcze film naukowy: **Eksperymentalne badania nad nowokainą w pracowni w Laeverkusen** jakoteż film:**Ustawianie zębów w zgryzadle wedle Gysi'ego.**

Wieczorem dnia poprzedniego wyświetlono film prof. **Cieszyńskiego: Technika injekcyjna u podstawy czaszki do nerwu trójdzielnego.**

W ramach zjazdu odbył się dnia 30-go czerwca **bankiet** w hotelu George'a przy udziale prawie 100 uczestników. Wygłoszono wielką ilość mów oficjalnych i humorystycznych, odczytano listy i telegramy gratulacyjne i bawiono się przy muzyce tanecznej i kieliszku do rana.

Z oficjalnych przemówień przytoczę charakterystyczne przemówienie prof. Szabó (Budapeszt): W imieniu komitetu organizacyjnego I. międzynarodowego Zjazdu A. S. I., który odbędzie się z początkiem września b. r. w Budapeszcie, zapraszam uroczyście polskich kolegów do wzięcia w nim udziału. Musimy wielki nacisk kłaść na to, by właśnie te kraje, które ideę stomatologji w całości, lub częściowo w czyn wprowadzają, były jak najliczniej na tym Zjeździe reprezentowane, aby w ten sposób zadokumentować swą przynależność do idei, o którą walczą. Cieszę się niezmiernie, że mnie właśnie przypadł w udziale tak wielki zaszczyt zaproszenia Państwa na Kongres, mnie synowi narodu, którego przeszłość wykazuje wiele wydarzeń historycznych ściśle związanych z narodem polskim. Przed 1000 laty udzielił naród polski schronienia wygnańcom z rodu Arpadów, (Endre, Bèla i Levente), z których dwaj nosili później koronę św. Stefana. Ludwik Wielki

był naszym wspólnym królem i jednym z największych monarchów obu narodów. Panujący książę Siedmiogrodu Stefan Batory był jednym z najsilniejszych królów polskich. Przez kilka wieków znajdywali u Was gościnność i schronienie nasi węgierscy narodowi bohaterowie, uciekający przed prześladowaniem i uciskiem w swoim kraju, a w czasie walki o niepodległość, spieszył niejeden polski wódz z pomocą, nie wspominając takich wielkich jak: Bem i Dembiński. Dziwnem jest tylko, że te dwa narody, o podobnej prawie przeszłości, które przeszły analogiczny okres cierpień i mające pokrewne cele na przyszłość, będąc przez całe wieki przedmurzem kultury na wschodzie Europy, nie zbliżyły się do siebie. Nie dziwcie się więc, jeżeli podkreślam to, że przyjechaliśmy tutaj nie z czczej, konwencjonalnej formy. Proszę nie widzieć we mnie tylko fachowca, nie uważać mnie tylko za towarzysza walki w wspólnej pracy zawodowej, ale także za przedstawiciela bratniego narodu. W Was, moi Panowie, witam odrodzony wielki Naród i wznoszę toast na chwałę Waszej Ojczyzny, która idzie teraz naprzód z rozpostartemi skrzydłami ku szczęśliwej przyszłości. Vivat Polonia.

Następnie przemówił Prof. Cavina: Panie, Panowie! Pierwszym wyrazem jaki się ciśnie na usta włoskiego pielgrzyma jest wyraz wdzięczności za słowa, jakie jeden z waszych pisarzy napisał: „Każdy człowiek ma dwie ojczyzny: kraj w którym się urodził i Włochy“; drugim jest wyraz zachwytu dla waszej cywilizacji tak szczerze łacińskiej, że przez długie wieki łacina była językiem waszej „alma mater“, a przez to samo tak rycersko katolickiej, że dla waszych uszu wyraz „ojczyzna“ znaczył zawsze poświęcenie, heroizm i męczeństwo. W czystości waszej miłości obywatelskiej stworzyliście sobie słusznie wraz ze Stanisławem Orzechowskim sztandar z waszego gorącego pragnienia wolności: „Żaden naród na świecie nie przewyższa narodu polskiego o ile chodzi o wolność i równość“.

„Jako Polak, powiedział, bujam jak orzeł dlatego, że nie jestem podwładnym żadnego pana tej ziemi, chyba że to jest król, którego sam obrałem. Polak nosi strój wspaniały; wolność, która jest podobna do purpury monarszej, a na palcu swym ma złoty pierścień: szlachectwo, dzięki któremu największy jest równy najmniejszemu“.

Słuszną jest więc dzisiaj wasza duma, że uświęciliście je wiekami cnoty, która wprawiła cały świat w podziw; i słuszność ma ten, kto, czuły na poezję ideału, pamięta o wielkich mężach, którzy nadali głosowi waszej duszy pieczęć nieśmiertelnej piękności: począwszy od lirycznej namiętności Adama Mickiewicza, gorącej i barwnej fantazji Sienkiewicza aż do drgającej melodji boskiej miłości Szopena. Dlatego też, ja pielgrzym, mówię tutaj o chwale wobec wielkości bohatera o dusz tysiącach, mających hart Mussoliniego, marszałka Piłsudskiego, przed którym wzruszony chylę czoło. A na drogach, które przebiegłeś zdecydowanie i śmiało, zatrzymuję się przy tej, przy której, na końcu sławnej powieści waszego narodowego pisarza św. Piotr spotyka Chrystusa i pyta Go: „Quo vadis Domine?“. A Nazarejczyk odpowiada: do Rzymu“.

Pozwólcie mi, w imię tego symbolu świetlistego o którym mówię, ażebym wyraził głęboką moją wiarę w wieczne zwycięstwo ducha. Piję na zdrowie waszego mistrza, niech żyje Antoni Cieszyński, a przez Niego polska nauka bogata mądrością i zwycięską śmiałością.

Na liczne przemówienia skierowane pod jego adresem podziękował prof. Cieszyński w serdecznych słowach wszystkim Kolegom a szczególnie przybyłym gościom z zagranicy, następnie Kolegom lwowskim, którzy brali udział w organizowaniu Zjazdu, nie żałując trudów i wysiłków.

Na końcu oficjalnej części przemówił przewodniczący Komitetu organizacyjnego Zjazdu Dr. Allerhand w języku polskim, francuskim i niemieckim, dziękując kolegom z Polski, a szczególnie z zagranicy za udział w Zjeździe.

Zwróciwszy się do prof. Caviny powiada:

Drogi Profesorze Cavina! Dziękuję Ci szczerze za gotowość z jaką przybyłeś z Włoch tu — oraz za wspaniałe dzieło, jakie nam przysłałeś do memorjału, wydanego na cześć naszego kochanego Profesora Cieszyńskiego. Jestem niezmiernie zmartwiony, że chochlik drukarski dał Ci 20 lat więcej w Twojej biografji, ale każdy, który Cię słyszał dyskutującego o tematach naukowych, każdy który widział jak tańczyłeś do 6-tej godz. rano, musi przyznać, że jesteś młody, pełen życia i temperamentu, jak młodzieniec 18-letni.

Przyjechałeś z Bolonji do Polski. Więzy łączące Twoją ojczyznę i moją wypływają z godnej szacunku tradycji. Największe umysły naszego odrodzenia, jak n. p. nasz sławny poeta Kochanowski, czerpali w Waszych uniwersytetach u źródła nauk i literatury. Wielka ilość studentów, zwłaszcza na fakultecie medycznym, szuka w dzisiejszych czasach sposobności kształcenia się w medycynie na Waszych fakultetach. Należy się Wam od nas wielka wdzięczność za przeszłość i teraźniejszość. Mam nadzieję, że stosunki między stomatologją polską i stomatologją włoską będą w przyszłości coraz to szczersze, że wzajemne podróże badaczy naukowych oraz studja młodzieży kształcącej się w medycynie zbliżą i pogłębią tradycyjne stosunki obu naszych ojczyzn.

Jeszcze raz dziękuję Ci, że przybyłeś i w imię Związku Stomatologicznego we Lwowie, którego jestem prezesem, mam zaszczyt zaprosić Cię na przyszły kongres stomatologiczny polski. Kongres ten odbędzie się w r. 1933 w Poznaniu razem z kongresem lekarzy i przyrodników polskich. Piję na pomyślność wzajemnych stosunków nauki stomatologicznej we Włoszech i w Polsce. Eviva Italja!

Dnia 29. czerwca było przyjęcie w prywatnem mieszkaniu profesorostwa Cieszyńskich, na które byli zaproszeni zagraniczni honorowi goście zjazdu, profesorowie katedr stomatologicznych, komitet organizacyjny zjazdu, jakoteż najwybitniejsi uczestnicy zjazdu oraz przyjaciele Jubilata.

Znacznem zainteresowaniem i wielkiem uznaniem zwiedzających cieszyła się retrospektywna **wystawa naukowa ze szczególnem uwzględnieniem pracy naukowej prof. Cieszyńskiego.** Obejmowała ona: dział patologji jamy ustnej i szczęk, dział rentgenologji, dział anestezjologji, dział ortognatostatyki i dział obrażeń szczękowych i aparatów ortopedycznych. Mulaże, a szczególnie fotografje przedstawiały bardzo przystępnie rozwój stomatologji w ostatniem ćwierćwieczu i udział w nim prof. Cieszyńskiego. Na stołach były rozmieszczone piękne eksponaty z nierdzewiejącej stali Wipla, które objaśniał specjalista firmy. Ponadto były rozwieszone na ścianach odznaczenia naukowe Jubilata, jakoteż fotografje jego współpracowni-

ków oraz wybitnych stomatologów zagranicznych, utrzymujących kontakt naukowy z Polską.

W wystawie przemysłu dentystycznego brało udział 18 wystawców, w tem 4 krajowych. Piękne unity, aparaty rentgenowskie i piecyki do wypalania porcelany wzbudzały ogólne zainteresowanie. Firma Dens (Warszawa) wystawiła piękne urządzenia dentystyczne, w całości w kraju wyrabiane, które nie ustępowały wyrobom zagranicznym. Wybrana na Zjeździe Jury przyznała wystawcom 8 medali złotych, 5 srebrnych i 7 listów pochwalnych. W czasie Zjazdu zwiedzili uczestnicy pięknie położone i z największem komfortem urządzone sanatorjum gruźlicze Kasy Chorych m. Lwowa.

Okres Zjazdu powinien być czasem wzmożonej propagandy higjeny jamy ustnej wśród szerszych sfer społeczeństwa. Wystawa naukowa, udostępniona publiczności, krótsze i dłuższe wzmianki w dziennikach, jakoteż podanie komunikatów zjazdowych i treści głównego referatu z zakresu szkolnej opieki dentystycznej przez lwowską stację radjową, były początkiem takiej propagandy, godnym naśladowania na następnych zjazdach.

Dr. *M. Brill*, sekretarz generalny zjazdu.

REZOLUCJE, UCHWALONE PRZEZ V. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

A. W sprawie szkolnej opieki dentystycznej.

I. V. Zjazd stomatologiczny stwierdza, że próchnica zębów u młodzieży w wieku szkolnym, w miarę rozwoju cywilizacji i uprzemysłowienia kraju, coraz bardziej się rozszerza i uważa utrzymanie nadal szkolnej opieki dentystycznej nie tylko za najważniejszy postulat stomatologji społecznej, lecz także ogólnej higjeny.

II. V. Zjazd stomatologiczny stoi na stanowisku konieczności leczenia zapobiegawczego, począwszy od najmłodszej aż do najstarszej młodzieży wszystkich typów szkół powszechnych i średnich.

III. V. Zjazd stomatologiczny poleca Komisji Higjeny P. K. N. — F. D. I. wydanie broszurki, odpowiadającej tytułowi: „O wytycznych linjach przy uruchomieniu szkolnych ordynacyj dentystycznych“ celem zaznajomienia kierowników Zakładów naukowych, samorządów i instytucyj ubezpieczeń społecznych z kosztami i z organizacją ordynacji, względnie przychodni dentystycznych.

IV. V. Zjazd stomatologiczny poleca Komisji Higjeny P. K. N. — F. D. I. stworzenie „Centralnego Komitetu dla opieki dentystycznej w szkołach“ z siedzibą w Warszawie, w którego skład mieliby wejść przedstawiciele rządu, samorządu, instytucji ubezpieczeń społecznych, związków zawodowych stomatologów i lekarzy-dentystów, ogółem tych wszystkich, którzy mają styczność i wpływ na wykonywanie szkolnej opieki dentystycznej.

V. V. Zjazd stomatologiczny poleca Komisji Higjeny P. K. N. — F. D. I. wszcząć akcję w kierunku dalszej rozbudowy szkolnej opieki stomatologicznej w szkołach powszechnych przez instytucje samorządowe, ile możności oparte na zasadach samowystarczalności.

VI. V. Zjazd stomatologiczny zwraca się do Klinik stomatologicznych i do P. I. D. z prośbą o uruchomienie kursów dokształcających dla stomatologów i lekarzy-dentystów, a w szczególności dla szkolnych stomatologów i lekarzy-dentystów.

VII. V. Zjazd stomatologiczny stoi na stanowisku, że należy otoczyć opieką lekarsko-dentystyczną dziecko nietylko w okresie przedszkolnym ale i niemowlęcym, a to drogą otwarcia specjalnych bezpłatnych przychodni dla opiekowania się i leczenia uzębienia dziecka od 1-go roku jego życia.

VIII. Wobec zwolnienia szkolnych lekarzy-dentystów na podstawie artykułu 62. ustawy z dnia 17. II. 1922. Dz. U. Rz. Nr. nr. 21. poz. 164. V. Polski Zjazd stomatologiczny zwraca się do Ministerstwa W. R. i O. P. o zezwolenie zorganizowania pomocy szkolnej dentystycznej na zasadach samowystarczalności przez dotychczasowych szkolnych lekarzy i oddania im do dyspozycji całego inwentarza oraz o zezwolenie wyznaczenia i pobierania opłat pod kontrolą Państwa według planu, który zostanie opracowany i oddany do zatwierdzenia Ministerstwu W. R. i O. P.

B W sprawie zębolecznictwa w Kasach Chorych.

IX. V. Polski Zjazd stomatologiczny wypowiada się jednomyślnie za wprowadzeniem wolnego wyboru lekarza. Organizacja i określenie tego systemu winna być zrealizowana po bezpośredniem porozumieniu się z wszystkiemi zrzeszeniami zawodowemi.

X. V. Zjazd stomatologiczny zwraca się do miarodajnych władz, by w myśl obowiązującego rozporządzenia Pana Prezydenta R. P. z dnia 10. czerwca 1927 wyeliminowały uprawnionych techników dentystycznych z zębolecznictwa kasowego.

C W sprawie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów stomatologicznych.

XI. Skład Stałej Delegacji *a)* przedstawiciele katedr: Cieszyński, Wilga, Łepkowski, Zeńczak, Meissner, Cybulski, Jarząb i Mancewicz, *b)* reprezentanci organizacyj: Stokowski, Ujejski, Cylkowski i Zabilski. Zastępcy: Wolański, Atlas i Wodniecki.

XII. Następny t. j. VI. Zjazd stomatologiczny ma się odbyć w Poznaniu w r. 1933 łącznie ze zjazdem polskich lekarzy i przyrodników. Organizacją tego zjazdu zajmie się prof. Jarząb.

XIII. Członkowie Stałej Delegacji mogą przesłać zastępców każdorazowo w razie przeszkód przyjazdu, dając mandat pisemny.

Przewodniczącym Stałej Delegacji wybrany został prof. Cieszyński.

Sprawozdanie kasowe Komitetu Organizacyjnego V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie.

PRZYCHÓD:

1. Dochód z wkładek uczestników Zjazdu:		
245 uczest. zwycz.	po 20 zł. = 4.900	
7 osób towarzyszących	„ 15 „ = 105	
1 uczestnik - student	„ 10 „ = 10	5.015.—
2. Od wystawców za stoiska		4.619.46
3. Subwencja Związku Stomatologów Lwowskich .		200.—
4. Subwencja Tow. Stomat. Warsz. . .		50.—
5. Pożyczka ze Stałej Delegacji [1] . . .		900.—
6. Subwencja Związku Stomat. Lwowskich na urządzenie rautu		705.50
7. Składka dodatkowa na Fundusz Stałej Delegacji .		120.—
		11.609.96

ROZCHÓD:

Portorja, druki, propaganda, administr.	zł. 1.098.38	
„ „ „ „	„ 1.227.20	2.325.58
Odznaki Zjazdowe		357.65
Różne, służba, etc.		295.45
Wystawa Naukowa		981.—
Wystawa Przemysłowa		743.89
Raut (wypożyczenie fortepianu, orkiestra, produkcje artystów, koszty bufetu, etc.) . . .		1.205.—
Biuro (wypożyczenie lokalu na biuro, przybory kancelaryjne, personal podczas Zjazdu, etc.) .		260.55
Sala wykładowa (wypożyczenie aparatu projekcyjnego i służba, krzesła, etc.)		339.—
Zwrot pożyczki ze Stałej Delegacji . . .		901.32
Na częściowe pokrycie druku Księgi Pamiątkowej .		4.080.52
Złożono na książeczkę oszczędności Stałej Delegacji ad poz. 7) dochodu w Banku Związku Spółek zarobkowych		120.—
		11.609.96

Przyjęto na posiedzeniu likwidacyjnem Komisji Komitetu Organizacyjnego V. Polsk. Zjazdu Stomat. w dniu 1. grudnia 1931 r.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński wr. *Dr. Mendel Brill* wr.
Dr. Henryk Allerhand wr. *Dr. Karol Atlas* wr.

[1]) Szkontrum wykazało zgodność Księgi Kasowej z dowodami kasowemi.
Lwów, dnia 17 grudnia 1931.

Dr. Jakób Owiński.
Dr. Marek Sennensieb

Wykaz alfabetyczny uczestników V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie.

Lekarze dentyści:

1. Dr. Adlerstein Arnold, Busk.
2. Dr. Adlerstein Karol, Lwów, Hetmańska 6.
3. Dr. Allerhand Henryk, Lwów, Kopernika 11.
4. Antler B., Cieszanów.
5. Dr. Antler - Lindowa F., Dolina.
6. Dr. Ardel-Zeislowa, Lwów, Skarbkowska 4.
7. Dr. Atlas Karol, Lwów, Skarbkowska 4.

7 a. *) Dr. Balogh, Budapest, Klinika stomatol.

8. Dr. Baranowski Tadeusz, Drohobycz.
9. Dr. Bardach Franciszek, Lwów, Kopernika 5.
10. Dr. Bardasz Adela, Lwów, pl. Strzelecki 14.
11. Barbulant Irena, Warszawa, Marszałkowska 90 m. 9.
12. Dr. Berger Henryk, Lwów, Klement. Tańskiej 1.
13. Dr. Bereźnicki Jan, Lwów, Podwale 7.
14. Białołęcka Alina, Warszawa, Ogrodowa 5/20.
15. Biernacka Marja, Łódź, Kopernika 61/14.
16. Birmant Fania, Radziechów.
17. Dr. Bleichfeld Natan, Lwów, Romanowicza 11.
18. Bleichfeld Israel, Łódź, Cegielniana 46.
19. Bloch Stanisław, Warszawa, Chłodna 6.
20. Blumenfruchtowa H., Będzin, Sączewska 15.
21. Dr. Bohdanowicz Franciszek, Warszawa.
22. Dr. Bochner - Rostowa Anna, Lwów, Asnyka 3.
23. Bohun - Kiezun, Wilno, Garbarska 5.
24. Dr. Bongowa Eugenja, Lwów, Wałowa 11.
25. Dr. Brill Mendel, Lwów, Batorego 34.
26. Bromirska Elżbieta, Warszawa, Śniadeckich 9.
27. Bronsztejn N., Szczebrzeszyn.
28. Dr. Bruchnalski Gustaw, Lwów, Romanowicza 10.
29. Brzeska Leontyna, Warszawa, Uniwersytecka 1. (Kol. Staszica).
30. *) Prof. Dr. Cavina Cesare, Bologna, St. Vitale 59.
31. Prof. Dr. Cieszyński A., Lwów, Batorego 38.
32. Dr. Chalfenowa Łucja, Buczacz.
33. Prof. Dr. Witold Cybulski, Warszawa, Piękna 16. B. m. 12.
34. Dr. Cylkowski Bolesław, Poznań, Ratajczaka 40.
35. Cywińska Irena, Wieluń, pl. Legji 7.
36. Czerwińska Anna, Częstochowa, Rzeźnia Miejska.
37. Dr. Dattner Hugo, Lwów, Cłowa 5.
38. Dobrowolska Natalja, Lwów, Zadwórzańska 49.
39. Dobryszycki Leonard, Warszawa, Warecka 9. m. 17.
40. *) Doc. Dr. Dobrzański, laryngolog, Lwów.
41. *) Doc. Dr. Dobrzaniecki, chirurg, Lwów,
42. Domiszewski Tadeusz, Nadwórna, Pow. K. Ch.
43. Dr. Drewnowska-Janiuk Julja, Horochów (Wołyń), Targowa 20.
44. Drojzenstein Anna, Łódź.
45. Drzewicka Helena, Warszawa, Wspólna 14.
46. Dunin - Brzezińska Janina, Warszawa, Daleka 8.
47. Dr. Dynes I., Brzeżany.
48. Dr. Dziubiński Władysław, Częstochowa, Kościuszki 9.
49. Dr. Dziubińska Marja, Częstochowa, Kościuszki 9.

---

*) Członkowie Honorowi Zjazdu.

50. Ejzenberg Adela, Kielce, Sienkiewicza 4.
51. Essigmann Stanisław, Warszawa, Marszałkowska 130.
52. Dr. Fellerowa, Tarnopol.
53. Dr. Finkelsteinówna Klara, Mysłowice, G. Śląsk, Rynek 2.
54. Flaum Ewa, Warszawa, Moniuszki 2 a.
54 a. Frankowski Aleksander, absolw. med., Lwów, Akademicka 21.
55. Fraszczykówna Zofja, Warszawa, Widok 16. m. 32.
56. Galasińska Janina, Warszawa, Chmielna 56.
57. Garlińska Jadwiga, Warszawa, Chmielna 104. m. 12.
58. Gdańska Ewa, Białystok.
59. Dr. Gelbard Ch., Warszawa, Marszałkowska 79.
60. German, Warszawa, Marszałkowska 99.
60 a. *) Dr. Geyer, Berlin.
61. Dr. Gilewicz Stanisław, Sanok.
62. Glikman Pinkus, Radomsko, pl. 3-go Maja 4.
63. Godowska Zofja, Wieluń, (Wojew. Łódzkie), ul. Rudzka 18.
64. Goebel Prakseda, Warszawa.
65. Dr. Gold Jakób, Tarnopol.
66. Gombiński Jan, Warszawa, pl. Żelaznej Bramy 1.
67. Dr. Gondzik Jan, Król. Huta, Sobieskiego 6.
68. Dr. Gorczyński Henryk, Lwów, Marji Magdaleny 3.
69. Dr. Gottfried Rózia, Stryj, Jagiellońska 15.
70. Dr. Gottfried Oskar, Kołomyja.
71. Dr. Grabczak Ludwik, Kraków, Pl. W. W. Świętych 1.
72. Grodner Kazimierz, Warszawa.
73. Grossglik Adam, Warszawa, Ciepła 6.
74. Grzybowska Antonina, Warszawa.
75. Gutermanówna Paulina, Parczew, (Woj. Lubelskie).
76. Grzymałowska - Mohuczy Marta, Poznań, Krasińskiego 3.
77. Dr. Haber Maurycy, Kraków, Grodzka 32.
78. Dr. Halpern Raul, Skałat.
79. Dr. Haładewicz Tadeusz, Warszawa, Hipoteczna 5.
80. *) Dr. Hauptmeyer, Essen, (Niemcy), Hindenurgstr.
81. Herszlik Emil, Król. Huta, Wolności 15.
82. Dr. Herzer Zygmunt, Lwów, Legjonów 7.
83. Hofstein - Bürgerowa, Lwów, Podlewskiego 6.
84. Dr. Honiówna. Chodorów.
85. Dr. Hrynkiewiczowa Jadwiga, Poznań, Poznańska 42.
86. Irlicht Z., Brzeziny Łódzkie.
87. Iwanter Nisson, Wilno, Wileńska.
88. Jaczewski Władysław, Chełm Lubelski, Reformacka 35.
89. Dr. Janiček Rudolf, Lwów, Sienkiewicza 3.
90. Dr. Jankowski Mieczysław, Lwów, Wincentego Pola 7 a.
91. Dr. Jankowski Wiktor, Lwów, Hetmańska 10.
92. Dr. Jakubowski Karol, Lwów, Sienkiewicza 3.
93. Prof. Dr. med. dent. Jarząb Józef, Poznań, Ratajczaka 14.
94. Jarzębowska Marja, Łódź, Andrzeja 3.
95. Jasińska - Szczepańska, Częstochowa, 2. Aleja 43.
96. Jaworska Stanisława, Warszawa, Marymont Marji Kazimiery 84.
97. Jonisz Henryk, Warszawa.
98. Jossem Włodzimierz, Białystok.
99. Kabat Stefan, Warszawa, Chmielna 55.
100. Kagan Nachman, Nieśwież.
101. Dr. Katz Jakób, Przemyśl.
102. Dr. Katzner Leon, Lwów, Legionów 35.
103. Kawczyńska, Łęczyca.

104. Klimkiewicz Jan, Warszawa.
105. Dr. Koneczny Czesław, Warszawa, Śniadeckich 11.
106. Konachewicz Anastazja, Łuck.
107. Konachewicz Jan, Łuck.
108. Kopczyński Andrzej, Warszawa, Wspólna 28.
109. *) Prof. Dr. Kostěcka Fr., Praga, Krakowska 7.
110. *) Kostečkowa Anna, Praga, Krakowska 7.
111. Kowalska Eugenja, Łódź, Sienkiewicza 53.
112. Krajzler Anna, Warszawa, Bednarska 26/6.
113. Dr. Krąpiec Rudolf, Drohobycz.
114. Kreisler Henryk, Warszawa.
115. Dr. Krogulecka Izabella, Lwów, Gipsowa 50.
116. Dr. Kwiatkowski Kazimierz, Lwów, Stryjska 18.
117. Dr. Langberg Zygmunt, Drohobycz.
118. Dr. Lateiner Emil, Lwów, Kopernika 7.
119. Lebiediew Jakób, Grodno, Piłsudskiego 25.
120. Lejzerowicz Henryk, Częstochowa, Kilińskiego 3.
120 a. *) Dr. Ledniczer, Budapest, Klinika stomatol.
121. Dr. Lenard Adolfina, Bochnia.
122. Lesiańska - Jakier, Złoczów.
123. Lewy Anna, Łódź.
124. Dr. Liebesowa Ida, Lwów, ul. Objazd 2.
125. Dr. Liebesman Fryderyk, Stanisławów, Kolińskiego 3.
126. Ligęza Jan, Dobre koło Nieszawy.
127. Prof. Dr. Łepkowski Wincenty, Kraków, Garncarska 9.
128. Lemańska - Lilpop Wanda, Warszawa, Nowogrodzka 33/5.
129. Lubczyńska Oktawia, Warszawa, Kopernika 43.
130. Lutomska - Tarasowa - Zenaida, Wilno.
131. Dr. Majer S., Przemyśl, Gimnazjalna 2.
132. Majewska Wanda, Lwów, Fredry 9.
133. Makcajdowska Stefanja, Warszawa, Marszałkowska 116.
134. Malinger Aleksander, Skarżysko - Kamienna via Skierniewice.
135. Prof. Dr. Mancewicz Eugenjusz, Wilno, Mickiewicza 9. m. 6.
136. Mancewiczowa Ludwika, Sosnowiec, Orla 18.
137. Markowicz Sabina, Warszawa.
138. Dr. Meisels E., roentgenolog, Lwów, Kopernika 5.
139. Merkertowa - Zoller I., Pabjanice, Gdańska 6.
140. Mesz Daniel, Warszawa, Nowy Świat 2.
141. Dr. Meschlówna Helena, Lwów, Sykstuska 32.
142. Mickiewicz Halina, Warszawa, Hamka 38.
143. Midler Michał, Pabjanice, Zamkowa 37.
144. Dr. Mischlówna Salomea, Lwów, Czarnieckiego 8.
145. Dr. Miłkowski Ludwik, Lwów, Czereśniowa 6.
146. Dr. Mittlener Ignacy, Warszawa, Saska-Kępa, Elsterska 8. m. 6.
147. Mokrzycki Antoni, Warszawa, Marszałkowska 48.
148. Dr. Mrozowski Józef, Przemyśl, Serbańska 2.
149. Dr. Nacher Wilhelm, Lwów, pl. Marjacki 10.
150. Nawarecka Janina, Lwów, Warneńczyka 12.
150 a. Rudnicka Marta, Lwów, Warneńczyka 12.
151. Nehrebecki Oktawian, Bydgcszcz, Warmińskiego 2.
152. Neuman Stanisław, lek. dent. Konin.
153. Nowakówna Anna, Częstochowa, Strażacka 12.
154. Nower Józef, Rozwadów.
155. Nowerowa Lea, Rozwadów.
156. Nowerówna Stella, Nisko n. S.
157. Ordower Marjan, Lwów, Jagiellońska 7.

158. Orensztein Marja, Tomaszów Lubelski.
159. Orłowska Eugenja, Sosnowiec.
160. Orłowski Mordko, Równe, (Wołyń).
161. Dr. Owiński Tadeusz, Lwów, Halicka 21.
162. Dr. Owiński Jakób, Lwów, Halicka 21.
163. Parczyński St. Częstochowa, Dąbrowskiego 6.
164. Pawłowski Romuald, Warszawa, Moniuszki 6.
165. Pawłowski Leszek, Warszawa.
166. Pawłowska Bożenna, Warszawa.
167. Pfeiffer Anna, Łódź, Sienkiewicza 53.
168. Dr. Philipp-Frühlingowa Rafaela, Lwów, Zyblikiewicza 39.
169. Piekarska Natalja, Modlin.
170. Pinkert Zygmunt, Warszawa, Zielna 24.
171. Piotrowska Jadwiga, ?
172. Dr. Podwiński Stanisław, Kraków, Słowackiego 36.
173. Półtorak Józef, Łuck, Jagiellońska 27.
174. Por. Pyrka Manfred, Kraków, Wrocławska 3.
175. Prybe Helena, Krzemieniec, (Wołyń).
176. Dr. Raczyński Andrzej, Stanisławów, pl. Mickiewicza 5.
177. Rakowska Henryka, Ozorków (Łódź).
178. Ramnier, Stary Sambor.
179. Rang, (Firma „Elektrodental"), Drezno.
180. Rewkowska Marja, Warszawa, św. Barbary 4.
181. Rojzenstejn Estera, Równe.
182. Romańska Stanisława, Pińsk.
183. Romanów Irena, Warszawa.
184. Rose Fryderyk, Grodzisk Mazow., Błońska 34.
185. Rozen Jakób, Łódź, Nawrot 7.
186. Rozenowicz Michał, Częstochowa, 2-ga Aleja 35.
187. Rubieszewska Jadwiga, Warszawa, Czackiego 6.
188. Rutkowski Feliks, Poznań, Pocztowa 22.
189. Dr. Rybacki Franciszek, Warszawa, Al. Jerozolimskie 15, m. 3.
190. Rytel Genowefa, Warszawa.
191. Sachs Leon, Warszawa, Jerozolimska 39.
192. Saurer Henryk, Łódź, Piotrkowska 6.
193. Schattenstein Ignacy, Sosnowiec.
194. Schnapper Henryk, Kalisz.
195. Schönbaum Róża, Lwów.
196. Dr. Schumerówna Paulina, Rohatyn.
197. Dr. Schusterówna Helena, anatomo-patol., Lwów, Piekarska 52.
198. Dr. Senensieb Marek, Lwów, Kilińskiego 3.
199. Silberstein Chawa, Równe.
200. Sitkowska Kazimiera, Warszawa, Chmielna 104/12.
201. Skąpska Mieczysława, Zakopane.
202. Dr. Sobociński Wacław, Bydgoszcz, Gdańska 141.
202 a. *) Dr. Sokoloczy, Budapest, Klinika stomatol.
203. Dr. Spiżewski Jan, Poznań, św. Marcina 63.
204. Stachurski Aleksander, Chojnice, pl. Jerzego 3.
205. Dr. Stobiecki Zygmunt, Lwów, Asnyka 2.
206. Stokowski Aleksander, Warszawa, Focha 8.
207. Świderski Michał, Konin.
208. *) Prof. Dr. Szabó J., Budapest (Węgry).
209. Dr. Szafran Włodzimierz, Lwów, Akademicka 26.
210. Szapiro Gita, Horodenka, (Woj. Stanisławowskie).
211. Szapiro Ignacy, Warszawa, Karmelicka 7.
212. Dr. Szczerbaniewiczowa Antonina, Lwów, Jabłonowskich 30.

213. Inż. Szejnman Leon, Warszawa.
214. Dr. Szepelski Konrad, Warszawa, Nowy Świat 21/33.
215. Szmigielski Daniel, Tomaszów Maz., św. Antoniego 25.
216. Szokalski Bolesław (żona), Kalisz, ul. Piłsudskiego 33.
216 a. Szokalska Bolesława, Kalisz, Piłsudskiego 33.
217. Sztabholz Herman, Busko-Zdrój, Z. Kielecka.
218. Sturm Ida, Włodzimierz Wołyński.
219. Sztywelman Boruch, Aleksandrów Kuj.
220. Szulc-Rembowski Stanisław, Poznań.
221. Szulczyńska Marja, Łódź, Sienkiewicza 53.
222. Świostek-Orłowska Zofja, Warszawa, Zielna 23.
223. Süssbrod Teman, Śniatyn.
224. Teichnerówna Jadwiga, Sosnowiec, Dekierta 4.
225. Thiemé Marja, Bydgoszcz, Libelta 12.
226. Dr. Tomanek Alfred, Borysław, Kolejowa 6.
227. Tropp Dawid, Wołkowysk, Zamkowa 10.
228. Turyczyn Izabella, Warszawa, Żoliborz, Pl. Wilsona 4, m. 49.
229. Urbańska-Filipowiczowa Zofja, Warszawa, Poznańska 17. m. 11.
230. Dr. Urich Joachim, Lwów, Kopernika 12.
231. Wacholder L., Ostrowiec.
232. Dr. Wałęga Stanisław, Borysław.
233. Warszawska Irena, Wieluń, Woj. Łódzkie, pl. Legjonów 7.
234. Weiss-Manesowa, Zamość.
235. Weissberg Eugenja, Lwów, Inwalidzka 2.
236. Weryho-Darewska-Lubczyńska Oktawja, Warszawa, Kopernika 43.
237. Wesołowska Marja, Warszawa, Nowy Świat 22.
238. Wieselberg Somach, Horodenka.
239. Prof. Dr. Wilga Hilary, Warszawa, Kopernika 12. m. 5.
240. Winiarska Marja, Warszawa, Czarnieckiego 30.
241. Wisłouchowa Antonina, Lwów, Piłsudskiego 11.
242. Witkowska Janina, Łódź, Zamenhofa 4.
243. Dr. Wodniecki Józef, Kraków, Wielopole 6.
244. Dr. med. dent. Zabilski Klemens, Szopienice, Piłsudskiego 46, G. Śląsk).
245. Zabłocka Marja, Wieluń (Woj. Łódzkie), Krakowskie Przedmieście 2.
246. Zakowski Stanisław, Warszawa, Sosnowa 13.
247. Zakrzewska Bogumiła Wanda, Warszawa, Srebrna 14.
247 a. Zakrzewska Marja, Warszawa, Szucha 8.
248. *) Prof. Dr. Zalewski Teofil, laryngolog, Lwów, Sykstuska 49.
249. Zalzbergowa Eugenja, Częstochowa, Aleje 1.
250. Prof. Dr. Zeńczak Marjan, Warszawa, Marszałkowska 40. m. 5.
251. Dr. Zipper Henryk, Lwów, Akademicka 23.
252. Zozuliński Józef, Tczew, Rynek 15.
253. Zucker Eda, Sandomierz (Małopolska).
254. (Związek Lekarzy Dentystów). Poznań.
255. Zylberberg J., Biała Podlaska, pl. Wolności 22.
256. Zysmanowa Marja, Sosnowiec, Modrzejowska 41.
257. Żegański Stefan, Warszawa, Marszałkowska 120.
258. Żegańska Julja, Warszawa, Marszałkowska 120.
259. Żmudzka Janina, Warszawa, Marszałkowska 116.
260. Dr. Żółtowska Helena, Płock, Kościuszki 7.

Razem uczestników 266, w tem zwyczajnych 245, osób towarzyszących 7, członków hon. zjazdu 12, 2 uczestników studentów.

ZJAZDY W ROKU 1932 i 1933.

VII. Francuski Zjazd Stomatologiczny odbędzie się w październiku 1932 r. w Paryżu. I. temat główny: Niespecyficzne zapalenie kości szczękowej górnej (referenci: Cadenat z Tuluzy i Vilensky z Paryża); II. temat główny: Grzybice szyjno-twarzowe (ref. Dechaume — Paryż); III. temat główny: Wskazania i przeciwskazania do doraźnych ekstrakcji (ref. Raison — Paryż). — Ze Zjazdem będzie połączona wystawa przemysłu dentystycznego. Przewodniczącym Zjazdu jest dr. Bozo, sekretarzem dr. Lattes (54. Boul. Saint Michel — Paris).

I. Kongres słowiańskich stomatologów i lekarzy dentystów odbędzie się w r. 1933 łącznie z VI. Polskim Zjazdem Stomatologicznym w Poznaniu, który stanowić będzie sekcję stomatologiczną Zjazdu Przyrodników i lekarzy.

Doroczny Zjazd Związku „Zentralverein deutscher Zahnärzte" odbędzie się w maju w Bonn.

Zjazd stomatologów włoskich odbędzie się w Rzymie. Podczas Zjazdu otwarty zostanie wspaniały zakład poświęcony higjenie jamy ustnej, a ufundowany przez Eastmanna.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego. W dniu 8 grudnia 1931 r. odbyła się w auli Uniwersytetu Warszawskiego uroczystość wręczenia dyplomów lekarskich absolwentom Państwowego Instytutu Dentystycznego, poprzedzona nabożeństwem w kościele akademickim św. Anny.

Po sprawozdaniu za ubiegły rok akademicki, złożonem przez dyrektora Uczelni prof. dr. Fr. Czubalskiego i wykładzie prof dr. H. Wilgi p. t.: „Zakażenie ustne", rozdał prof. Czubalski dyplomy z górą 100 absolwentom.

Przemówienie delegata absolwentów i przedstawiciela Bratniej Pomocy Stud. P. I. D. zakończyły uroczystość, w czasie której szereg pieśni odśpiewał chór Koła Medyków Stud. U. W.

W pierwszym tygodniu swej pracy Zarząd Stow. Stud. P. I. D. „Bratnia Pomoc" uruchomił wszystkie sekcje i podsekcje, by umożliwić swym członkom korzystanie z bibljoteki, skryptów, czasopism, sklepu, pożyczek, ulgowych biletów teatralnych i t. p.

Życzliwe ustosunkowanie się grona profesorów P. I. D. pozwala Zarządowi „Bratniej Pomocy" przypuszczać, że Stowarzyszenie to, zainicjowane przed laty i oparte o dobrą wolę i bezinteresowną pracę aktywniejszych jednostek, rozwinie się znaczniej i okres drugiego dziesięciolecia wypełni programem nie obliczonym na efekt, lecz będącym wyrazem istotnych skutków pracy organizacyjnej i samopomocowej.

Zjazdy zagraniczne.

Sprawozdanie.

I. Międzynarodowy Kongres Elektroradjologji dentystycznej, Profilaktyki dentystycznej Chirurgji kolonjalnej

odbył się podczas Wystawy kolonjalnej w Paryżu od dnia 30. VI. do 2 VIII. 1931 r. pod protektoratem Prezydenta Rzpl. francuskiej i najwybitniejszych przedstawicieli władz.

Dnia 30 lipca przedpołudniem odbyło się zapoznanie członków Kongresu, którzy przybyli z różnych krajów i prawie wszystkich kolonij francuskich i nawiązanie kontaktu z sekretarjatem. W południe śniadanie wydane przez przewodniczącego Zjazdu, prof. B a r a i l a. O godzinie 2,40 uroczyste otwarcie wyższej szkoły dentystycznej radjologji i fizjoterapji pod protektoratem ministra Zdrowia Publicznego B l a s i o t'a. Szkoła ta — ufundowana z funduszów prywatnych, ma charakter przychodni, do której skierowują chorych przedewszystkiem szpitale — jest wyposażona w najpotrzebniejsze aparaty służące do radjologji, djatermji i innych zabiegów fizjoterapeutycznych najnowszej konstrukcji i pozostaje pod kierownictwem prof. B a r a i l a i Z a r e h a. — O godzinie 5-tej odbyło się oficjalne otwarcie Zjazdu i szereg przemówień. Delegat z Marokka A l o i wygłosił referat na temat: „Sztuka dentystyczna w Marokku od czasów dawnych do najnowszych".

Następnie mówił B a r a i l „O fizjoterapji w dentystyce". Daje pogląd na pierwsze badania i doświadczenia, uzyskane z ionizacją, faradyzacją, promieniami ultrafioletowemi, fototerapją i prądem wielkiej częstotliwości, zabiegach często stosowanych w dobie obecnej. — O godz. 6,45 odbyło się przyjęcie w pawilonie U. S. A. na wystawie kolonjalnej przez komisarza generalnego Stanów Zjednoczonych.

W piątek dnia 31 lipca od godz. 9—11 referaty Sekcji profilaktyki dentystycznej kolonjalnej. G a u t h i e r s mówił „O dentystyce w Tunisie". W projekcji filmowej przedstawił niebezpieczeństwa kiły. Następna część posiedzenia odbyła się wspólnie ze zjazdem lekarzy kolonjalnych. Między innymi mówił M o s s o n o stali nierdzewiejącej w protetyce. — W sekcji terapji dentystycznej kolonjalnej demonstrowano różne aparaty służące do djatermji, ionoferezy, elektryczne nożyki, przyrządy do wytwarzania promieni ultrafioletowych, infra-czerwonych, radjografji, etc.

O godz. 11-tej przyjęcie na „Lido" przy Champs Elysées, w południe śniadanie, wydane przez Wyższą szkołę dentystyczną radjologji i fizjoterapji. — O godz. 14-tej sekcja elektro-radjologji: S c h w a b a c h e r mówił o elektronosmozie i jej stosowaniu, które zaleca w pewnych odpowiednich przypadkach. — S q u i l l a n t e (Algerja) poleca nożyk elektryczny w połączeniu z djatermją do wycinania płata dziąsłowego podczas utrudnionego wyrzynania się zęba mądrości. Nastąpiła ożywiona dyskusja. — B e r n a r d mówił o przenikliwości ionów w tkankach zębowych. — C h a r l i e r (Bruksela) i Z a r e h (Paryż) wygłosili referaty na temat stosowania ciepła i światła przy zabiegach leczniczych dentystycznych. Zainteresowanie tematem tym było wielkie. — B a r a i l przedstawił zarys bibljografji włoskiej, odnoszącej się do elektroradjologji dentystycznej, wskazując na wielki współudział w tej pracy ze strony kolegów włoskich; H u e t

(Bruksela) wskazał na korzyści stosowania wiertarek o bardzo szybkim napędzie swego pomysłu. — Wieczorem o godz. 9,30 wspaniałe przyjęcie w głównym pawilonie Cité na wystawie kolonjalnej, bajkowo iluminowanej, z produkcjami egzotycznych tańców.

W sobotę o godz. 9,30 sekcja roentgeno-djagnostyczna. Wykład na temat główny wygłosił prof. Cieszyński ze Lwowa „O zastosowaniu promieni roentgenowskich do badań nad statyką kośćca twarzowego i czaszki". Wywody referenta, który poruszył temat zupełnie nowy i wskazał na doniosłe wyniki w różnych gałęziach stomatologji, wzbudził wielkie zainteresowanie. — Bertrand wskazał w swojem przemówieniu na wielkie znaczenie, jakie posiada współpraca lekarza-dentysty z zawodowym radjologiem. Kol. Landes-Leinerowa (ze Lwowa) przedstawiła szereg przypadków szkliwiaków i zębiaków z Kliniki stomatologicznej lwowskiej i obserwowanych kilka przypadków we własnej ordynacji. — Parma (Praga) demonstrował szereg przeźroczy, na których wykazał architekturę wyrostka zębodołowego szczęki górnej i dolnej, stosownie do obciążenia statycznego i w zastosowaniu do protetyki. — Wilson (Poł. Afryka) wskazał na znaczenie badań roentgenowskich przed zakładaniem mostków i protez.

W sekcji „fototerapja": Foveau de Courmelles mówi o antagonizmie promieniowania. — Polak: „O zastosowaniu fizykalnych bodźców do leczenia paradontoz". — Talbot (Anglja): „O elektroterapji w chirurgji dentystycznej. — O godz. 12-tej śniadanie wydane przez redakcję „Revue Dentaire Int. d'Electrologie". —

O godz. 14-tej sekcja elektroterapji: Nieto: „O znieczuleniu elektronosmotycznem przy próchnicy szyjkowej". — Pani Dancys (Polka obecnie w Paryżu): „O prądzie o wysokiej częstotliwości przy leczeniu parodontoz". — Djindjian (Turek, obecnie w Paryżu): „O djatermji i jej zastosowaniu". Referat wygłoszony z nadzwyczajną swadą. — Barail: Profilaktyka periodontoklazji przy pomocy prądu o wysokiej częstotliwości. Wywody swe opiera na długoletniem doświadczeniu. — O godz. 6,30 zwiedzanie Wysp na wystawie i przyjęcie w restauracji Bagdad; — o godz. 8-mej bankiet w „Donogoo".

W niedzielę o godz. 9-tej demonstracje w Wyższej szkole radjologji i fizjoterapji. Nastąpiło zwiedzenie wystawy kolonjalnej, Muzeum kolonjalnego i defilada wojska kolonjalnego. — Wieczorem o godz. 6-tej zamknięcie kongresu.

Komitet organizacyjny z prof. Barailem na czele dołożył wszelkich starań, ażeby zebrać ciekawy program referatów i uprzyjemnić uczestnikom pobyt w Paryżu. Wśród uczestników zjazdu uderzała wielka liczba emigrantów rosyjskich, którzy znaleźli miejsce oparcia we Francji i w kolonjach francuskich. Między kolegami paryskimi wielu nie urodziło się we Francji, byli tam Alzatczycy, Rumuni, Turcy, Rosjanie, którzy osiedli ostatecznie w Paryżu, byli i Hiszpanie urodzeni w Rosji. Z Polski brali udział w zjeździe: Kol. Cieszyński, Gorczyński i Landes-Leinerowa ze Lwowa, Kol. Frydmanowa z siostrą z Warszawy oraz Kol. Sadokierski z Łodzi. — Wielką konkurencję dla Zjazdu stanowił VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny, który rozpoczął się bezpośrednio po I. Kongresie elektroradjologów.

Cieszyński.

Oceny książek.

Prof. Moral Hans. Die Leitungsanaesthesie im Ober- und Unterkiefer. (Znieczulenie przewodowe w szczęce górnej i dolnej) 4. wyd. 1931. stron 145, 57 rycin częściowo barwnych, nakładca: Hermann Meusser — Berlin, Cena 12.80 mk. niem.

Książka niniejsza napisana przez wytrawnego znawcę przedmiotu ukazuje się obecnie w 4-tem wydaniu. Pierwsze 3 wydania opracowane były wspólnie z Büntem; pierwsze wydanie ukazało się w r. 1908. Obecne wydanie jest skrócone wobec poprzednich, odrzucono przytem szereg ustępów odnoszących się do teorji a mających znaczenie historyczne i przystosowano je przedewszystkiem dla potrzeb praktyka i studenta. Po omówieniu warunków anatomicznych opisuje autor technikę injekcyjną, rozmieszczenie się wstrzykniętego środka znieczulającego, podając preparaty anatomiczne po zastrzyknięciu niebiesko zabarwionej żelatyny, następnie zwraca autor uwagę na błędy techniki injekcyjnej i przypadkowe obrażenia naczyń oraz ich skutki. Z kolei omawia technikę injekcyjną w okolicy guza szczękowego, otworu podoczodołowego, otworu podniebiennego, siecznego i zagłębienia skrzydłowatego. Odnośnie do gałęzi III. n. trójdzielnego opisuje technikę injekcyjną do otworu żuchwowego, bródkowego, zagłębienia bródkowego, do n. językowego i otworu owalnego, w końcu injekcje u podstawy czaszki.

Na zakończenie podaje skład płynów znieczulających, przyczem daje opis sporządzania płynów znieczulających w klinice dentystycznej w Rostoce. Autor posługuje się 1,5% rozczynem nowokainy, rozczynionej w 0,9% Cl Na i trzykrotnie wyjaławianym po pół godz. do 102°, celem zabicia wszystkich zarazków i ich zarodników. Suprareninę dodaje przed użyciem, pobierając ją pipetą z naczynia Seidla. Przedstawienie jasne i zwięzłe, z uwzględnieniem prac autorów innych (prace Cieszyńskiego jednak są autorowi widocznie nieznane); injekcje głębokie u podstawy czaszki traktowane są kursorycznie, jako niestosowane w zwykłych praktykach dentystycznych. Ryciny są znakomite i doskonale uzupełniają tekst. Celem znieczuleniu II. gałęzi n. trójdz. autor słusznie nie jest zwolennikiem injekcji od otworu podniebiennego z powodu niemożności uzyskania zupełnego wyjałowienia miejsca wkłucia.

Podręcznik ten krótki polecić można przedewszystkiem lekarzom-praktykom i studentom.

A. Cieszyński (Lwów)

Hess Walter i Walkhoff Otto: Walkhoff's Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde. (Podręcznik Walkhoffa zachowawczej dentystyki). Wyd. III. w zupełnie nowem opracowaniu i znacznie powiększone) stron 325 i 9 tablic. 1931. — Wyd. Herrman Meusser, Berlin. Cena 24 mk. niem.

Pierwsze wydanie dentystyki zachowawczej Walkhoffa, b. profesora uniw. monachijskiego, następnie wyrcburgskiego ukazało się w r. 1921. Obecnie III. wydanie zostało opracowane ponownie i rozszerzone z wybitnym współudziałem prof. Hessa z Zurychu. Hess opracował bowiem leczenie substancyj twardych zęba i rozdział odnoszący się do chorób okolicy przyzębnej, Walkhoff zaś historję dentystyki zachowawczej i choroby substancyj miękkich. Historja dentystyki zachowawczej, tworząca wstęp do książki

obejmuje stron 14 oraz portrety Fauchard'a, Johna Tomesa, Tafta, Millera, Witzla i Blacka. Dodanie tegoż ustępu do tego wydania należy przyjąć z wielkiem uznaniem. W części I. opracowane są choroby substancyj twardych wzorowo, tak pod względem makroskopowym, histologicznym i patologicznym. Profilaktyce poświęca Hess 16 stron, uwzględniając teorje najnowsze. Profilaktycznie poleca autor miąższenie dziąseł szczotką. Czy to rzeczywiście profilaktyka dobra, można mieć poważne zastrzeżenia. W rozdziale o narzędziach podaje używane typy wydrążaczy (= ekskawatorów). Czy w ryc. 34 podany kształt wydrążaczy łyżeczkowych nr. 13—16 jest odpowiednim pod względem konstrukcyjnym, nie można się zgodzić. Słusznie zwraca Hess uwagę na to, że pozostawienie wydrążaczy tylko w rozczynie 5% Lysolu lub Grotanu przez 10 minut nie wystarcza, i że powinno się je wygotować celem wyjałowienia. Do badania jamy ustnej i zębów poleca lampkę Kantorowicza i zwraca uwagę na badanie rentgenowskie celem stwierdzenia niedostępnych oku i zgłębnikowi ubytków stycznych. Słusznie podkreśla autor, że leczenie zachowawcze powinno się rozpocząć od oczyszczenia zębów z kamienia i od leczenia dziąsła w razie chorób okolicy przyzębnej. H e s s przestrzega przed używaniem kwasów celem rozpuszczenia kamienia nazębnego, ze względu na uszkodzenie istoty twardej zęba. Po opisaniu metod separacji zębów, założenia ślinochronu, klamer, przechodzi do przygotowania ubytków, dając bardzo dobre ryciny. Następuje rozdział o leczeniu nadwrażliwej zębiny. Do zwalczania powierzchownej nadwrażliwości nadaje się nasycony w stanie gorącym rozczyn dwuwęglanu sody w glicerynie, do głębokich ubytków poleca H e s s znany przeważnie fenol, chlorfenol i przestrzega słusznie przed użyciem środków zawierających formalinę oraz środków o nieznanym składzie, które często zawierają arszenik, kobalt, karpainę i formalinę. Lepszym, aniżeli chlorek etylu jest aparat Gazotherm F a b r e t'a, dostarczający $CO_2 + 0$ celem zwalczenia nadwrażliwości zębiny. Poleca również metodę injekcyjną, przestrzega jednak przy stosowaniu tejże metody w przypadkach zwyrodnienia miazgi. Rozdziały następne poświęcone są materjałom, służącym do wypełnienia, przyczem na 33 stronach dany jest szczegółowy opis wypełniania złotem kohezywnem i niekohezywnem a 22 strony poświęcone się plastycznym materjałom. Po omówieniu bielenia zębów opisuje H e s s metodę lanych wypełnienień złotych, dając bardzo piękne ryciny, odnoszące się do przygotowania ubytków. W rozdziale o wypełnieniach porcelanowych uwzględnia obok metod dawniejszych najnowszy sposób wypalania porcelany dmuchawką tlenową Fernholza według F e h r a. Część I. kończy ustępem o leczeniu zębów mlecznych.

II-ga część opracowana przez W a l k h o f f a zawiera rozdział o normalnej i patologicznej anatomji miazgi z rycinami korosyjnych preparatów miazgi, następnie choroby miazgi i ich leczenie. Znajdujemy opis środków leczniczych przedewszystkiem chlorfenolu z kamforą, mentolem i tymolem (Ch-K-M-T), kreozotu jodoformu i chloraminy. Walkhoff opisuje przedewszystkiem własne metody wypróbowane i pomija świadomie metody inne celem nauczenia studenta tych metod, do których ma największe zaufanie. W ustępie o leczeniu zgorzeli wspomina o możności reinfekcji i badaniach M e y e r h o f e r a. Słusznie zwraca W a l k h o f f uwagę na to, że po oczyszczeniu komory należy na wstępie unikać oczyszczenia przewodów i dopiero przystąpić do nich po osłabieniu żywotności drobnoustrojów przez odpo-

wiednią wkładkę antyseptyczną; w tym celu poleca albo trójkrezol albo Ch-K-M, który zamyka prowizorycznie, zalepką hermetycznie. Dopiero po 24 godzinach przystępuje do oczyszczenia przewodów środkami mechanicznemi i chemicznemi. Drugą wkładkę wprowadza częściowo do przewodu na 2—3 dni. Środki przeciwgnilne (Ch-K-M-T) wprowadza zapomocą strzykawki, na którą zakłada cienką igłę zakrzywioną, do przewodów mechanicznie rozszerzonych, przyczem zalepia ubytek celem uszczelnienia igły w ubytku. Przy zgorzeli należy szczególną uwagę poświęcić rozszerzeniu przewodów i usunąć wewnętrzną ścianę kanałów, w której 1/10—1 mm głęboko znajdują się drobnoustroje w kanalikach zębinowych. W. zwraca uwagę na antyseptyczne wypełnienie przewodów i poleca swoją pastę jodoformową z domieszką Ch-K-M-T. Na pastę tę kładzie się cienką warstwę folji cynowo-srebrnej, którą wygładzaczem wiertłowym dociska do ścian, a następnie kładzie cement i wypełnienie definitywne.

W ustępie o powikłaniach podczas leczenia chorób miazgi, wspomina o złamaniu miazgociągów i powikłaniach z jamą szczękową. Następnie omawia choroby ozębnej i ich przyczyny. Jeżeli po trzykrotnej wkładce podczas leczenia zgorzeli miazgi w sposób podany nastąpi w następnych 1—3 tygodniach wrażliwość na opukiwanie lub samoistnie należy przypuszczać, że jest ziarniniak. Przypadki te leczy nie resekcją korzenia, tylko metodą własną konserwatywnie przez przewiercenie szczytu i injekcje środkiem Ch-K-M. w stanie stężonym. Metodę tę omawia szczegółowo. Przewody wypełnia swoją pastą, wprowadzając ją poza szczyt korzenia. W ryc. 205 podaje przypadek, w którym student wprowadził pastę do dolnego dwuguzkowca poza szczyt a nawet 2 cm do kanału żuchwowego. Poza anestezją trwałą n. żuchwowego nie nastąpiły inne powikłania.

W ryc. 207 podaje autor przypadek, w którym pasta wypełniwszy ziarniniak przesunęła się po jednej stronie wzdłuż ozębnej ku górze. W. podaje szereg zdjęć rentgenowskich, w których swoją metodą zachowawczego leczenia ziarniniaków uzyskał wyleczenie i wytworzenie się istoty gąbczastej kości w okolicy okołoszczytowej.

Leczenie parodontoz opisane przez H e s s a jest bardzo krótkie, obejmuje bowiem tylko 5 stron, zawiera jednak streszczenie najbardziej używanych sposobów. Końcowy ustęp poświęcony jest zakażeniu ustnemu z punktu widzenia dentystyki zachowawczej. Walkhoff przyznaje wprawdzie, że zakażenie ogólne powstać może, ale zalicza je do wyjątków i dlatego uważa, że leczenie zachowawcze ma pełne uzasadnienie, ale musi być przeprowadzone starannie i według nowoczesnych zasad leczenia. Co do tego ustępu można mieć pewne zastrzeżenie, jako że autor za mało docenia niebezpieczeństwo, grożące całemu ustrojowi z zębów zgorzelinowych i może zanadto ufa wynikom leczenia zachowawczego.

Podręcznik napisany jest jasno, zwięźle, zaletą jego jest unikanie balastu wyliczania i opisywania wszystkich istniejących metod, łatwo dezorjentujących początkującego. Dlatego nadaje się przedewszystkiem dla studentów. Autoratywne polecanie tylko własnych metod ma wprawdzie także pewną ujemną stronę, gdyż może wzbudzić wrażenie, że innemi metodami do celu się nie dojdzie. Niemniej jednak podręcznik ten należy zaliczyć do n a j p o w a ż n i e j s z y c h   p o d r ę c z n i k ó w, odnoszących się do dentystyki zachowawczej.

Pominięcie dotychczasowych wyników, uzyskanych przez wypróbowaną metodę resekcji korzenia należy tłumaczyć stanowiskiem Walkhoffa wobec teorji o zakażeniu ustnem i pewną niechęcią do zabiegów operatywnych a zarazem konsekwentnem wysuwaniem metod zachowawczych na plan pierwszy.

A. Cieszyński (Lwów)

Dr. med. dent. D. D. S. Jeannert Rudolf. Leitfaden für den Phantomkurs der konservierenden Zahnheilkunde. (Przewodnik dla kursu z dentystyki zachowawczej na ćwiczydłach). Str. 95, rycin 138. Lipsk, 1931. Nakład Georg Thieme. — Cena 7 mk. niem.

Krótki ten przewodnik przeznaczony dla kursu na ćwiczydłach, podaje najpotrzebniejsze wiadomości z dentystyki zachowawczej, tak pod względem teoretycznym jak i praktycznym z uwzględnieniem stosowania najpotrzebniejszych narzędzi w sposób taki, jaki grupują się myśli pracującego studenta, mającego wykonać pewną z góry określoną czynność. Każdy ruch wykonany ma więc odrazu swoje uzasadnienie, a zarazem w schematycznie podanej rycinie wytknięty błąd, który można popełnić a który unikać należy. Autor wykazuje przytem nadzwyczajny dar pedagogiczny i stając obok pracującego, prowadzi niejako celowo jego rękę. Liczne schematyczne ryciny zastępują tekst i mówią więcej, same przez się aniżeli słowa. Uk'ad książki jest następujący: Uwagi dotyczące mianownictwa — anatomji, histologji zęba — nareszcie — przygotowanie ubytków — wypełnianie ubytków — wypełnianie różnemi materjałami jak amalgam — prowizoryczne wypełnienia — wypełniania cementami krzemianowemi — złotem ubijanem, lanem i z porcelany. W drugiej części książki technika wypełnienia przewodów. Rozpoczyna autor znowu uwagami anatomicznemi, przedstawia systematyczne postępowanie przy otwieraniu komory, następnie przy odszukiwaniu przewodów, wyjmowaniu miazgi, oczyszczaniu przewodów i w końcu wypełnianiu ich oraz amputację miazgi. W ostatnim rozdziale daje wskazówki odnoszące się do zakładania ślinochronu. Zręczne skombinowanie teorji w stylu telegraficznym z każdym okresem pracy, przedstawionym w rycinie, odda wielką przysługę początkującemu i nauczy go pracować rozumnie a nietylko technicznie.

A. Cieszyński (Lwów)

Dr. Knoche. E. Praktische Beitrage zur prothetischen Keramik. (Wskazówki praktyczne do keramiki protetycznej). Deutsche Zahnheilkunde Nr. 80. 1931. Nakładca: Georg Thieme, Leipzig. Stron 43. Rys. 64. Cena 4,80 mk. niem.

Autor omawiając błędy i niedomagania mostków wykonywanych wedle utartych sposobów, zwłaszcza w okolicy przedtrzonowców i trzonowców, podaje nam metodę uzupełnień za pomocą mostków, wedle której uzupełnienia stale nietylko odpowiadałaby wymogom hygjeny, ale byłyby też wygodniejsze dla pacjentów, gdyż przylegałyby zupełnie do dziąsła, odpowiadając przytem co do kształtu warunkom normalnym. Przyleganie siodełkowe do dziąsła jest umożliwione dzięki właściwości wysoko glazurowanej porcelany, która przylegając ściśle do dziąsła, nie wywołuje zmian patologicznych jak złoto. Do tego celu nadaje się tylko porcelana wysoko-

topliwa. Nie wolno jednak używać dziąsła jako punktu oparcia. Zasady mechaniczne muszą być te same jak przy mostkach wiszących.

W handlu znajdują się gotowe zęby porcelanowe. Ponieważ wybór w tych zębach z powodu ich wysokiej ceny mały i też zawsze musimy przy części szyjkowej szlifować i dopalać szkliwo, praktyczniej jest używać zębów rurkowych wysokotopliwych (okoł 1280° C). Wybieramy zęby około 4 mm wyższe, uwzględniając, że zęby mają być doszlifowane do dziąsła. Między zębami przy dziąśle powinno być oddalenie około dwóch mm. Powierzchnię żucia doszlifowuje się w ten sposób, że oddalenie od antagonisty wynosi przynajmniej 2 mm przyczem skraca się ząb od strony językowej w kierunku do powierzchni policzkowej tak dalece, że trzy czwarte powierzchni zgryzowej zostają skrócone, pozostająca zaś jedna czwarta policzkowa pozostaje dłuższą, ażeby złoto nie było widoczne. Celem wzmocnienia podstawy złotej robi się też wcięcie w kierunku stycznym zębów.

Część dziąsłową pokrywamy proszkiem porcelanowym, dostosowujemy do modelu pokrytego w tem miejscu cienką folją cynową a ujście rurki przy dziąśle również zamykamy porcelaną. Po wypaleniu bloku z zębami, wyszlifowaną część uzupełniamy złotem. Zgryz złoty lutujemy z koronami.

Wada tych mostków jest ta, że przy pęknięciu zęba uzupełnienie jest niemożliwe. Jeśli natomiast używamy zębów kramponowych, to naprawa daje się uskutecznić. Bierze się wtedy wycisk dwuczęściowy ze strony językowej i ze strony policzkowej po założeniu sztyfcików platynowych, gdzie pierwotnie były krampony. W niektórych wypadkach zamiast siodełek wypalamy stożki o szczycie zaokrąglonym, przylegającym do dziąsła, albo nawet po świeżo wyjętych zębach wchodzących prawie do połowy zębodołu.

M o s t e k p o r c e l a n o w y p e ł n y. Mostki porcelanowe możemy tylko wtedy wykonać, jeśli jest dosyć miejsca na masywny trzon porcelanowy. Nie powinien też brakować żaden antagonista, gdyż nierównomierne obciążenie jest przeciwwskazane. Uzupełnienie nie powinno być większe jak dwuzębowe. Jako punkty przyczepne stosujemy korony żakietowe. Zęby powinne być preparowane pod kontrolą równoległomierza. Jeśli dodajemy tylko jeden ząb, to powinno się go przyczepiać zawsze do zęba, który znajduje się dystalnie od niego. Wykonuje się najpierw koronę porcelanową, którą się wypala do stanu zlewania bez połysku. Następnie koronę przymierza się w ustach pacjenta i bierze się wycisk i zgryz.

W miejscu brakującego zęba robi się na modelu gipsowym wgłębienie o średnicy około 2 mm, następnie przypolerowuje się folję, przybija ją w miejscu wgłębienia i wsuwa rolkę z folji platynowej, która wystaje ponad gipsem mniej więcej do połowy zęba. Na tej to podstawie platynowej modelujemy ząb w porcelanie, poczem zdejmujemy go wraz z folją i wypalamy aż do stopienia się masy porcelanowej.

Po przymiarze łączy się ząb z koroną porcelanową woskiem, stawia się na odpowiedniej podstawce i zalewa masą wyściółkową. Po wytopieniu wosku gorącą wodą, wypełniamy przestrzeń między koroną a zębem odpowiednią masą porcelanową i wypalamy aż do połysku. Po wykończeniu mostka zdejmujemy platynę i pokrywamy część przylegającą do dziąsła masą porcelanową o 150 stopni niżej topliwą i wypalamy ją do połysku, tak że do dziąsła przylega powierzchnia zupełnie gładka. Przy mostkach dwu i więcej zębowych proces odbywa się w ten sam sposób. Treść napisana jest zrozumiale. Książka ta odda dobre usługi praktykowi i zainteresuje wszystkich tych, którzy zajmują się keramiką. *Katzner* (Lwów).

Dr. med. dent. Tholuck Hans Joachim. Die Behandlung der Milchzähne (Leczenie zębów mlecznych). Berlin 1931. II. wydanie, stron 188, rycin 106, nakł. Hermann Meusser. — Cena 14,60 mk. niem.

Kierownik miejskiej kliniki dentystycznej szkolnej w Frankfurcie nad Menem, Tholuck, wydał z współudziałem prof. Prägera z Tübingen II. wydanie swej książki „0 leczeniu zębów mlecznych".

Po bardzo obszernem omówieniu znaczenia uzębienia mlecznego, anatomji, histologji, przechodzi do części klinicznej, która zawiera ustępy o usuwaniu bólów podczas leczenia zębów mlecznych, o osuszaniu pola operacyjnego podczas leczenia uzębienia mlecznego, próchnicy i jej leczenie oraz o niedokształceniach szkliwnych. Dla praktyka posiada szczególne znaczenie rozdział o wypełnianiu zębów mlecznych, w którym omawia wszystkie materjały używane zresztą do wypełnienia zębów stałych. Celem ochrony miazgi przed bodźcami cieplnemi pod wypełnieniami metalowemi poleca jako podkład cement z jodoformem i pastą składającą się z tlenku cynku z eugenolem. Przy niezbyt głębokich ubytkach można stosować impregnację srebrem metodą Howe,a. Z materjałów używanych do wypełniania na pierwszem miejscu stawia szlachetne amalgamy nawet do zębów przednich. Następnie poleca gutaperkę, wspominając przytem, że należy ją podgrzewać na płytce z miki nad kąpielą, składającą się z 4 części wody i jednej części gliceryny. Po osuszeniu, wytarcie ubytku olejkiem kajeputowym wpływa na lepszą przyczepność gutaperki. Jakkolwiek cement fosforanowy bardzo często jest stosowany do wypełnienia zębów mlecznych, to na ogół nie trzyma się dobrze, gdyż wprowadzany jest zazwyczaj w bardzo niekorzystnych warunkach w ustach pełnych śliny. Natomiast bardzo dobre usługi oddaje cement fosforanowy jako podkład do wypełnień amalgamowych. Cementów krzemianowych (silikatów) ile możności nie powinno się używać ze względu na wielką ilość wolnego kwasu niezwiązanego chemicznie i szerokiego światła kanalików zębinowych. Przy powierzchownych ubytkach można stosować impregnację zębiny po poprzedniem oszlifowaniu i wypoliturowaniu powierzchni, używając do impregnacji argentum nitr. w kryształkach, które na miejscu kroplą wody się rozpuszcza, pozostawiając działanie tegoż środka przez 10 minut. Lepsze wyniki otrzymuje się jeszcze impregnując zębinę metodą Howe'a, przyczem postępuje się w sposób następujący: najprzód się zwilża 4—10% rozczynem formaliny, wysusza się ciepłem powietrzem, następnie zwilża się 4% rozczynem amoniakalnym azotanu srebra. Ponieważ następuje później czarne zabarwienie zęba, nie nadaje się ta metoda do ubytków szyjkowych zębów przednich. Impregnować można wówczas zęby zapomocą argent. nitr. jodatum, który to środek następnie zmywa się rozczynem Lugola.

Początkowe objawy zapalenia miazgi można stwierdzić, wkładając do zęba kuleczkę waty napojonej gliceryną. Przy zapaleniu miazgi surowiczem należy miazgę zatruć, do czego się nadaje kobalt. Dosarsen czarny zawiera 0,0022 g kobaltu i 0,0004 g trójtlenku arsenu. Jeżeli stosuje się sam trójtlenek arsenu należy dodać taniny albo boraksu, ażeby zwolnić działanie tegoż środka. Po dewitalizacji założona wkładka formaliny nie powinna dłużej pozostać jak 1—2 dni. W dalszem leczeniu stosuje się amputację. Do wypełnienia komory należy używać ciasta, zawierającego jodoform, tymol, eugenol i tlenek cynku, albo pastę Walkhoffa, która zawiera jodoform, chlor

fenol, kamforę i mentol — jakkolwiek i inne wypełnienia zapomocą past równie dobry wywierają skutek.

Następnie opisuje autor leczenie ropnego zapalenia miazgi szczegółowo i leczenie zgorzeli. Po przedstawieniu zabiegów zachowawczych mówi o wskazaniach do ekstrakcji zębów mlecznych i o technice ekstrakcyjnej. Rozdział ten, mógłby być potraktowany szerzej.

Następne rozdziały o chorobach szczęk u dzieci, o zakażeniu ogniskowem i o chorobach jamy ustnej u niemowląt wyszły z pod pióra Prägera. — Rozdziały o urazach, które spotykają uzębienie mleczne i o wpływie na uzębienie stałe jak i o nieprawidłowościach w ustawieniu zębów mlecznych i zaburzeniach podczas wyrzynania się zębów mlecznych, w końcu o higjenie uzębienia mlecznego tworzą zakończenie bardzo pouczającej książki.

A. Cieszyński (Lwów)

Dr. med. Brennejsen Leopold. Higjena zębów i jamy ustnej. Wydanie III. Warszawa 1930. Cena 3.50 zł.

Dziesięć lat po ukazaniu się I-go wydania wychodzi wydanie III. Higjeny zębów i jamy ustnej Brennejsena, uzupełnione rozdziałem odnoszącym się do zakażenia ustnego i o zakażeniu kropelkowem. Broszura ta, obejmująca 55 stron zawiera „wskazówki do należytego utrzymania jamy ustnej celem zapobiegania chorobom, powstającym na tle zakażenia ustnego i kropelkowego". Przeznaczona ona jest dla czytelników inteligentniejszych, głównie dla pacjentów praktyki prywatnej. Autor omawia w formie bardzo przystępnej zęby jako narząd trawienia, ich rozmieszczenie w szeregu, budowę ich i rozwój. Następnie przechodzi do zmian chorobowych tkanek zębowych i do drobnoustrojów jamy ustnej. W rozdziale tym jest mowa o próchnicy, o chorobach miazgi i jej rozpadzie, o przetokach, ziarniniakach i torbielach i ich skutkach na cały ustrój. Wspomina autor również o resekcji korzenia, podkreślając możność wykonania tego zabiegu także u zębów wielokorzeniowych. Przechodząc do działu oczyszczania jamy ustnej, wylicza rodzaje osadu i kamienia nazębnego. Obszernie omawia znaczenie używania szczoteczki do zębów i sposób jej używania jako i środki, służące do czyszczenia zębów, oceniając je krytycznie. Jako znakomity sposób do oczyszczania szpar międzyzębowych, przestrzeni znajdujących się pod mostkami i kieszonek dziąsłowych przy ekstrakcjach okolicy przyzębnej podaje swój rozpryskiwacz kwasowęglowy. Rozdziały o pielęgnowaniu jamy ustnej u starszych i dzieci o wytwarzaniu w zębach odporności wobec próchnicy i wskazówki utrzymywania zębów sztucznych, stanowią zakończenie tej bardzo pożytecznej broszury. Pod względem treści należy ona w piśmiennictwie polskiem do najlepszych popularnych rozpraw o higjenie jamy ustnej i zębów i powinna się znaleść w każdej poczekalni lekarskiej i dentystycznej.

A. Cieszyński (Lwów)

Dr. Müller-Stade. Zahnärztliches Lexikon (Leksykon dentystyczny). VII. wyd. Berlin 1931. wydawca Hermann Meusser. Stron 358, cena 12,80 mk. niem

W okresie 20-tu lat doczekał się słownik dentystyczny Müllera-Stade VII-go wydania. Fakt ten sam mówi za siebie i świadczy o tem, jak wielką rolę odgrywa znajomość mianownictwa w naszej gałęzi wiedzy a za-

razem o tem, że autor doskonale się ze swego zadania wywiązał. Znajdujemy w książce tej wytłumaczenie nietylko etymologiczne ale i rzeczowe w formie zwięzłej i przystępnej wyrazów używanych nie tylko w dentystyce ale i w ogólnej medycynie w zakresie potrzebnym specjaliście. Podanie znaczenia etymologji wyrazów w języku łacińskim i greckim posiada szczególne znaczenie przedewszystkiem u nas w Polsce, gdzie język grecki wykreślono przeważnie z gimnazjów klasycznych, a studenci przychodzą niedostatecznie przygotowani z języków klasycznych na uniwersytet. Pożądanem byłoby, ażeby właśnie ta książka z uwzględnieniem mianownictwa polskiego, ukazała się także w języku polskim. Dla tych, którzy znają język niemiecki będzie słownik ten wiernym i codziennym towarzyszem.

A. Cieszyński (Lwów)

Prof. F. Schoenbeck. Kurzer Leitfaden der zahnärztlichen Materialkunde. (Krótki podręcznik dentystycznego materjałoznawstwa). II. wydanie, stron 156, rycin 68. Berlin, 1931. Wydawca Hermann Meusser. — Cena 12,89 mk. n.

Kierownik pracowni dentystycznej materjałoznawstwa i metalurgji technicznej oddziału uniwersytetu berlińskiego, prof. Schoenbeck, najlepszy znawca tegoż przedmiotu w Niemczech, opracował ponownie podręcznik swój, dotyczący dentystycznego materjałoznawstwa — z wyłączeniem w książce tej metali i stopów — a przeznaczony przedewszystkiem dla studentów dentystyki. W książce tej, wydanej bardzo starannie i opatrzonej 68 rycinami, omawia następujące materjały: kauczuk, gutaperkę, balatę (materjał podobny do gutaperki, nie używany dotychczas w dentystyce), masy wyciskowe plastyczne, wyjaławianie ich i badanie ich jakości, wosk pszczelny, gips i masy służące do osłaniania. Gipsowi, jako materjałowi tak ważną rolę odgrywającemu w pracowniach naszych poświęca 30 stron, dając nietylko teoretyczne wiadomości, ale i wskazówki praktycznež Rozdział trzeci poświęcony jest keramice i obejmuje fabrykację sztucznych zębów i materjały keramiczne. W dziale tym otrzymujemy również pogląd na historję zastosowania porcelany w dentystyce. Tabelka z numerami fabrycznemi stożków Seglera, odpowiadających pewnej ciepłocie a zastępujących pyrometr elektryczny oddać może przysługę w praktyce i ułatwi ich zamawianie. W rozdziale o środkach lutowniczych podaje najpotrzebniejsze wiadomości o boraksie, o środkach trawiących, mianowicie kwasach, które mają za zadanie rozpuszczanie tlenków metali, w końcu o środkach lutowniczych redukujących, mających przeciwdziałać utlenianiu; do nich zaliczyć należy kolofonium, kwasy tłuszczowe albo ich estry glicerynowe. Po omówieniu materjałów używanych do polerowania, jak pumeks, szmirgiel, karborundum, trypl i kreda, podaje autor charakterystykę cementów na 26 stronach. Mowa jest tutaj o cementach prowizorycznych, o cementach fosforanowych i o przeźroczystych cementach krzemianowych. Szczegółowo podane są metody badania jakości cementów i zilustrowane obrazami mikroskopowemi

Książka ta odda nietylko studentowi ale i praktykowi lekarzowi-dentyście niejedną przysługę i nauczy go racjonalnie obchodzić się z materiałami, z któremi spotyka się codziennie.

A. Cieszyński (Lwów)

Koller, Karl Christian. Abnehmare Brücken und gestützte Prothesen. (Mostki do zdejmowania i dostawki podparte). Wydawca: Hermann Meusser. Berlin, 1929. 472 stron, 548 rycin.

Powyższe dzieło jest niemieckim oddźwiękiem amerykańskich metod konstrukcyj mostków i dostawek podpartych. Autor opisuje przeróżne jednostki jako filary do mostków, sposób ich wykonania w ustach pecjenta i pracowni, dalej wszelkiego rodzaju zasuwy i zaczepy, sposoby odciążenia wyrostka zębowego, klamry, siodełka, łuki, klamry ciągłe i sposoby ujęcia zębów porcelanowych najróżnorodniejszych typów. Następnie daje szkic systematyki dostawek, tworząc grupy wedle nastreczających się możliwości protetycznych. Dość szczegółowo omawia obróbkę termiczną i mechaniczną zębów porcelanowych w zastosowaniu do mostków i protez metalowych. Autor opisuje konstrukcję protez jako całości i ustawienie ich w zgryzadle Monsona. Dzieło kończy kilka praktycznych wskazówek, dotyczących instrumentarjum, podziału pracy z podaniem tablic orjentacyjnych dla materjałów technicznych. Autor przedstawił w wymienionym dziele bardzo pedantycznie amerykańską technikę wykonywania mostków do zdejmowania i protez podpartych (Kennedy-Goslee) z dodatkiem tego, co Europa na tem polu zdziałała.

Dzieło to wydane przez Meussera daje rękojmię dobrego druku i rycin na dobrym papierze.

T. Owiński (Lwów).

Kennedy Edward D. D. S. New York City. **Partial Denture Construction. (Częściowe dostawki).** Dental Items of Interest Publishing Co. — New York, 1928. koszt. 38 M. n.

Autor amerykański o znanem w stomatologji nazwisku, opisuje w 460-ciu stronowej książce sposoby wykonania podpartych metalowych protez częściowych. Dzieli on wszelkie możliwości protetyczne oryginalne na cztery następujące zasadnicze grupy:

I. Grupa. Braki zębów po obu stronach w okolicy trzonowców i przedtrzonowców, n. p. brak $\underline{7654 | 45678}$. pozostałe zęby zachowane.

II. Grupa. Braki po jednej stronie: druga w porządku n. p. brak $\underline{8765|}$

III. Grupa. Brak po jednej stronie szczęki z zachowanym filarem tylnym, n. p. brak $\underline{|4567}$ reszta uzębienia zachowana.

IV. Grupa. Braki są w przednim odicnku szczęki, n. p. brak $\underline{21|123}$ reszta zębów zachowana.

W każdej z nich wyróżnia jeszcze cztery podgrupy. Ułatwia w ten sposób bardzo zorjentowanie się o jaki brak w uzębieniu w danym wypadku chodzi i umożliwia praktykowi szybką decyzję w jaki sposób i jakiego rodzaju protezę ma uskutecznić.

Omawia szczegółowo potrzebne instrumentarjum, jego sterylizację i użycie, następnie zgryzadła z uwzględnieniem najnowszych modeli, łyżki, materjał wyciskowy i swoją specjalność: sposoby brania częściowych wycisków z masy plastycznej lub gipsu, odpowiednio do grupy i podgrupy, do której zalicza się dany wypadek. Następnie omawia wylewanie odlewów z różnych materjałów i ustawienie ich w zgryzadłach przyczem pierwszeństwo daje aparatowi zgryzowemu Monsona.

W drugiej części Książki omawia sosoby konstrukcji utwierdzenia protez, siodełek, trawersów i łuków, przeróżne typy klamer, wspartych i ciągłych i różne sposoby odejmujące nacisk na wyrostek zębodołowy. Dalej zajmuje się zasadami ustawienia ich przy pomocy symetrografu z uwzględnieniem osi poszczególnych zębów. Część ta jest tak treściwa i tak wszechstronnie ujęta w 13-tu rozdziałach z uwzględnieniem wszelkich sosobów umocowania i podparcia, że nie można jej streścić w krótkości. — Książkę przejrzystą i nader zrozumiałą czynią świetne ryciny, których jest w tekście bardzo dużo, bo aż 401; ryciny wykonane są bardzo starannie i instruktywnie.

Można śmiało polecić tę wartościową książkę każdemu lekarzowi praktykowi nawet niezbyt dobrze władającemu językiem angielskim.

T. Owiński (Lwów).

Schön Fritz, dr. med. Olmütz. Die Wiedereinpflanzung von Zähnen. (Replantacja zębów). Sammlung Meusser: Abh. a. dem. Geb. d. Z., zeszyt 23, str. 52, rycin zdjęć roentg. 32. Berlin 1931. Cena 5.60 m. n.

Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach i wyników uzyskanych u chorych, autor dochodzi do wniosku, że po odrzuceniu przypadków wogóle się do tego nie nadających, zabieg jest prawie w 100% dodatni. Użyteczność replantowanych zębów waha się między 10—30 latami. Przeciwwskazań zasadniczych właściwie niema, gdyż ani wiek, ani miejscowe choroby jak gingvitis, parodontozy i t. d., po których wyleczeniu można uzyskać wyniki dodatnie, nie stanowią przeszkody. Do replantacji odpowiednie zasadniczo są zęby trzonowe, których nie można leczyć z powodu nerwowości pacjenta, nadmiernego wydzielania śliny, zaburzeń oddychania, skurczów mięśnia żwacza, powiększenia języka, nie dających się opanować wymiotów, braku czasu na leczenie zębów, głębokich ubytków nie nadających się do wypełnienia w ustach, zębów wybitych z wyrostka wskutek urazu, błędnie usuniętych, przy arszenikowem zapaleniu ozębnej, złamaniu igły w korzeniu, niedrożności przewodów przy zgorzeli, zakrzywionych przewodach, perforacjach, ziarniniakach i torbielach. Dla siekaczy i przedtrzonowców uważa autor za odpowiedniejszą resekcję; aby osiągnąć dobre wyniki należy unikać złamań wyrostka zębodołowego, uszkodzeń ozębnej, zębodołu, pozostawienia ostrych brzegów. W replantowanym zębie należy wypełniać przewody korzeniowe kością, w wypadkach potrzebnych zeszynować, pracować raczej aseptycznie, aniżeli antyseptycznie, używać antyseptyków nie uszkadzających tkanki jak rivanol. Replantowany ząb należy odciążyć. Bólów większych jak po zwyczajnej ekstrakcji autor nie zauważył. Kontrolę przeprowadza roentgenem i zgryzomierzem Habera. Wyniki ilustruje licznemi zdjęciami roentgenowskimi.

M. Jankowski (Lwów).

Prof. Schoenbeck F. Kurzer Leitfaden der zahnärztlichen Metallkunde. (Krótki podręcznik dentystycznej metalurgji). II. wyd. nowo opracowane. Berlin 1931. Stron 172, rycin 120. wyd. Hermann Meusser. Cena 14.20 m. n.

Podręcznik dotyczy metalurgji w zakresie potrzebnym studentom dentystyki i lekarzom-dentystom. Jeżeli chce się wykorzystać wszystkie właściwości metali używanych w protetyce a zarazem uniknąć niepowodzień, spowodowanych brakiem znajomości z metalurgji, należy gruntownie

przestudjować tę książkę a nietylko ją pobieżnie przeczytać. Dla specjalisty metalurga będzie ona niejako ekstraktem wiadomości najpotrzebniejszych, stomatologowi zaś otworzy nową gałąź nauki, nie mającą nic wspólnego z medycyną a jednak potrzebną dla racjonalnej obróbki metali, stosowanych w protetyce. W treściwy sposób omówił autor właściwości metali i ich stopów, barwę, połysk, nieprzeźroczystość, ich możność obróbki, podaje tabelkę twardości, wytrzymałości i sposoby ich pomiarów. Następnie mówi o wykuwalności, walcowności i ciągliwości, — o przewodnictwie elektryczności i ciepła oraz o zachowaniu się termoelektrycznem i ciężarze właściwym metali i ich stopów.

Bardzo zajmujący jest rozdział o badaniu mikroskopowem metali z wykreśleniem djagramów pewnych ich stanów, o wyciąganiu z nich wniosków na ustosunkowanie procentowe składników pewnego stopu. Praktyczne znaczenie posiada znajomość objawów korozji, t. j. wytrawienia ich przez kwasy, zasady, rozczyny solne i wilgotne gazy. Odnosi się to nietylko do protez, wykonanych z różnych metali ale i do wypełnień metalowych. Do dostawek należy używać tylko stopów metali, posiadających jednolitą budowę kryształów. Bardzo cenny jest rozdział o laniu stopów, w którym mowa jest o czynnikach, wpływających na jakość wylewu, które zależą od części składowych stopów, wytapialności, zmian podczas tężenia i od zanieczyszczenia. Układ wewnętrzny metali ulega zmianom, zależnie od mechanicznej i termicznej obróbki. Przegrupowanie układu krystalicznego następuje pod wpływem ciepłoty, co zwiemy rekrystalizacją. W jamie ustnej występuje zabarwienie metali i ich stopów. Autor tłumaczy przyczyny i podaje sposoby unikania zabarwienia. Następnie podane są wskazówki dla wykonania stopów. W części szczegółowej uwzględnia glin, miedź, nikiel, żelazo, stal i przedewszystkiem srebro, złoto, platynę i ich stopy. — Na każdej stronicy poznać ze sposobu podania wiadomości doskonałego znawcę przedmiotu a zarazem praktyka. — Rozdział o lutowiach i amalgamach tworzy zakończenie książki, która wymaga gruntownego studjum szczególnie dla tych, którzy podczas swoich studjów nie mieli sposobności zapoznać się z tą gałęzią nauki, gdyż dopiero od niedawna traktuje się metalurgję jako osobny przedmiot studjów dentystycznych. Liczne ryciny preparatów mikroskopowych, krzywe, djagramy i tabelki dają poglądową syntezę treści.

A. Cieszyński (Lwów).

Doc. dr. Loos A. (Praga). Die Gussklammer, ihre Technik und zweckentsprechende Verwendung in der zahnärztlichen Prothetik. (Lana klamra, jej techniczne wykonanie i celowe zastosowanie). Viert. f. Zahnheilk. 1929. Nr. 2. Str. 449—489. Ryc. 91.

Praca ta wydrukowania pierwotnie w Viertelj. f. Zahnheilk. ukazała się w osobnej broszurze w wydawnictwie Hermanna Meussera. Treść broszury zawarta jest w tytule. Nadzwyczaj pouczające, bardzo liczne ryciny, tłumaczą kształt lanej klamry, która stanowić ma oparcie dla dostawki. Na przeszło 50 rycinach zademonstrował autor szerokie jej zastosowanie w różnych modyfikacjach.

A. Cieszyński (Lwów).

Prof. Fabian H. Hamburg. Goldgussfüllungen im Bild und Spiegelbild. (Lane wypełnienia złote w rycinach i odzwierciedleniu). Berlin 1930. Stron 69, rycin 75. Wydawca Hermann Meusser. Cena 9,80 m. n.

Po krótkim wstępie, w którym autor mówi o technice preparowania ubytków i sposobie lania podaje w świetnych ilustracjach kształty najczęściej zachodzących i odpowiednio przygotowanych ubytków dla wypełnień lanych, uwidaczniając je, o ile umieszczone są po stronie podniebiennej wzgl. językowej, w odbiciu lustrzanem. Ryciny są bardzo instruktywne, gdyż nie są tylko fotografjami, lecz schematycznie wyrysowane. Podpisy zawierają praktyczne uwagi i nadzwyczaj cenne wskazówki. — Krótko, zwięźle, poglądowo — doskonale.

A. Cieszyński (Lwów).

Wiadomości bieżące.

Przesyłki wysyłane z Niemiec do Polski zostają zwracane z granicy wysyłającym. Praktyka ta uniemożliwia otrzymywanie zamówionych przyrządów i przyborów z firm niemieckich. Ponieważ chodzi tu przeważnie o przyrządy nie wyrabiane w Polsce, cierpi na tem nie tyle dana firma, ile odbiorca w Polsce, który danych przedmiotów otrzymać nie może.

Sekcja Naukowa przy Zrzeszeniu Absolwentów Państw. Inst. Dent. ukonstytuowała się i odbyła 1 posiedzenie w dniu 17 stycznia 1932 r. Janina Golasińska wygłosiła wykład na temat :Zagadnienie nowoczesnej protetyki.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie lekarskiej (Warszawa, ul. Fredry 2) prosi lekarzy, którzy są stałymi korespondentami pism zagranicznych o powiadomienie go, z których czasopism nadsyłają referaty i do których czasopism zagranicznych, ażeby w ten sposób zaoszczędzić energję przez uniknięcie wykonywania tej samej pracy.

Konkurs F. D. I. na rozprawę naukową na temat leczenia korzeni bez zarzutu. Nagroda 1000 dol. i medal złoty. Warunki podane w nr. 2-gim Zahnärztl. Wochenschr., na str. 96. Termin nadsyłania prac 1 sierpnia 1935 r. Informacyj udziela doc. dr. B. Gottlieb, Wiedeń IX., Türkenstr. 15.

Wystawę prasy wszystkich narodów urządziła sowiecka republika gruzińska w Tyflisie. Obejmowała ona 230 państw i perjodyczną prasę, ukazującą się w 172 językach. Na wystawie prasy w roku 1928 w Kolonji było reprezentowanych 90 krajów i 100 języków. W Tyflisie oprócz czasopism, mają być wystawione almanachy, kalendarze, reklamy, plakaty etc.

2-gi numer „Słowiańskiej Stomatologji" drukowany zostanie w Pradze pod redakcją doc. dr. Neuwirta i dołączony po wyjściu z druku do następnego numeru „Polskiej Stomatologji". Celem ułatwienia pracy redakcyjnej uprasza się autorów polskich, ażeby krótkie autoreferaty prac z zakresu stomatologji i pogranicza, począwszy od r. 1930 nadsyłali pod adresem Re-

dakcji „Słoviańskiej Stomatologji“ — Lwów, ul. Zielona 5 a. Streszczenia powinne być treściwe i krótkie; referat z 16 stron druku nie powinien przekraczać 1 strony pisma maszynowego. 3-ci numer „Słoviańskiej Stomatologji“ wyjdzie we Lwowie.

Do „Związku Słov. Stom.“ przystąpiło w dalszym ciągu 10 kolegów ze Śląska jako członkowie indywidualni.

Uprasza się Zarządy Towarzystw dentystycznych i stomatologicznych o przeprowadzanie propagandy na terenie swych organizacyj możliwie jaknajwcześniej, ażeby było można przystąpić do zorganizowania Komitetu Narodowego „Związku Słov. Stom.“. Koledzy czesko-słowaccy zajęli się sprawą „Związku Słov. Stom.“ bardzo energicznie. Pożądanem jest, ażebyśmy Polacy nie pozostali za nimi w tyle, jako że jesteśmy znacznie liczniejsi.

Wkładka roczna do „Związku Słov. Stom.“ członka indywidualnego wynosi 1 dol. rocznie, członka korporatywnego (o ile przystępuje całe Stowarzyszenie) 0,20 dol. rocznie. — Wkładki członkowskie z Polski należy nadsyłać na konto P. K. O. Nr. 152.263. Bank Związku Spółek Zarobkowych, Lwów, ul. Kopernika 4 — z dopiskiem: Konto: Związek Słov. Stom. (Prof. Cieszyński) — wkładka za rok 193... — Bliższych informacyj co do Związku udzielają: we Lwowie: prof. Cieszyński, w Szopienicach: kol. dr. Zabilski, w Warszawie: kol. Wincenty Zawidzki, ul. Żórawia 6, m. 4.

Obniżka cen wydawnictw niemieckich, które się ukazały przed rokiem 1931 nastąpiła jako wynik kryzysu gospodarczego. Wynosi ona około 15%.

Rozłam między stomatologami włoskimi. Od „Federazione Stomatologica Italiana“, na którego czele stanął obecnie prof. Perna, oddzieliła się grupa, licząca przeszło 200 stomatologów włoskich, między nimi nawet dawniejsi najwybitniejsi przewódcy tejże organizacji, tworząc zrzeszenie nowe pod nazwą „Societa Italiana di chirurgia della bocca e di ortopedia dentofaciale“. Do tej nowej organizacji należą między innemi profesorowie Arlotta. Coën-Cagli, Cavina, Piperno.

Organizacja ta wydawać będzie własne czasopismo począwszy od 1. stycznia 1932 r.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej rozwinął w bieżącym roku akad. nadzwyczaj żywą działalność naukową. Posiedzenia naukowe mają ogromnie obfity program, składający się z referatów oryginalnych, a przedewszystkiem z nadzwyczaj licznych demonstracyj przypadków z kliniki stomatologicznej lwowskiej. Sprawozdanie z tychże posiedzeń ukaże się w następnym numerze.

W grudniu 1931 roku obchodził **dr. Władysław Czernecki** ze Lwowa 25-letnią rocznicę uzyskania dyplomu lekarskiego, zaś w styczniu b. r. 30-lecie swej pracy zawodowej dr. **Hugo Dattner.** Związek Stomatologów Lwowskich uczcił wspomnianych kolegów na posiedzeniach Związku, po których odbyła się wspólna koleżeńska wieczerza.

Oesterreichische Zeitschrift f. Stomatologie, wychodzące dawniej jako miesięcznik, wychodzi od 1 stycznia 1932 r. 2 razy miesięcznie pod nagłówkiem „Zeitschrift für Stomatologie". Redakcja pozostała nadal w rękach zasłużonego kol. dr. Emila Steinschneidera. Abonament kwartalny wynosi 9 mk. niem. oprócz opłaty pocztowej.

Świadectwo dojrzałości warunkiem do studjów dentystycznych we Francji. Od szeregu lat lekarze-dentyści francuscy (chirurgiens dentistes) czynili bezskuteczne starania, ażeby świadectwo dojrzałości (le baccalauréat) było warunkiem do rozpoczęcia studjów dentystycznych, trwających już obecnie lat pięć i zakończonych dyplomem na „chirurgien dentiste". Chodziło im więc o podniesienie poziomu studjów i uzyskanie lepszego materjału kandydatów. Starania ich nie odnosiły jednak owoców szczególnie wskutek opozycji i wpływów stomatologów i odontotjatrów. Na wniosek tychże, ustawa Milan-Rio przesłana została przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego do zaopinjowania Akademji lekarskiej w Paryżu, gdzie spodziewano się uzyskać opinję w duchu stomatologów. Tymczasem po dłuższej dyskusji w dniu 23 czerwca 1931 r. uchwaliła Akademja lekarska 49 głosami przeciw 32 następujące tezy:

1) Usunięcie tytułu lekarza-dentysty (chirurgien dentiste) nie jest usprawiedliwione;

2) Należy natomiast żądać świadectwa dojrzałości (baccalauréat) od rozpoczynających studja, celem otrzymania tego tytułu;

3) Należy przystąpić do reformy tych studjów, które powinny trwać pięć lat (tak jak obecnie);

4) Lekarze-dentyści, którzy pragną uzyskać dyplom doktora nauk lekarskich winni zadość uczynić wszystkim warunkom, żądanym od innych studentów bez jakichkolwiek ulg lub przywilejów.

Uchwały te uważają lekarze-dentyści francuscy za wielkie zwycięstwo, które zawdzięczają poparciu senatora Straussa i między innymi następującym profesorom: Hayem, Hartmann, Seblieau, Faure, Mauclair, Routier, Carnot, Delbet, de M. Camus i Morfan.

C.

Uczczenie zasług dra. Chomprèt'a (Paryż). Byłemu prezesowi Międzynarodowego Związku stomatologicznego (A. S. I.), drowi Chomprèt'owi, wręczono podczas I. kongresu stomatologicznego w Budapeszcie, złoty medal Arkövy'ego, ufundowany przez Węgierskie Towarzystwo Stomatologiczne.

Z początkiem bież. roku opuścił dr. Chomprèt stanowisko prymarjusza oddziału stomatologicznego w jednym z największych szpitali paryskich, a z okazji tej utworzył się komitet, złożony z jego przyjaciół, który wręczył mu plakietę z bronzu z jego podobizną celem uczczenia jego zasług, położonych na zajmowanem stanowisku. Prof. Cieszyński jako przewodniczący Sekcji polskiej A. S. I. przesłał mu z tego powodu gratulacje imieniem stomatologów i lekarzy-dentystów polskich.